

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)
INTERVENTION EN ENFANCE ET EN ADOLESCENCE

PAR
PAMELA BURMESTER

LA FONCTION RÉFLEXIVE ET SON LIEN AUX REPRÉSENTATIONS
D'ATTACHEMENT CHEZ DES JEUNES PRÉSENTANT UN TROUBLE ANXIEUX

27 NOVEMBRE 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

LA FONCTION RÉFLEXIVE ET SON LIEN AUX REPRÉSENTATIONS
D'ATTACHEMENT CHEZ DES JEUNES PRÉSENTANT UN TROUBLE ANXIEUX

PAR PAMELA BURMESTER

Valérie Simard, Ph.D., directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Julie Achim, Ph.D., co-directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Miguel Terradas, Ph.D., évaluateur

Université de Sherbrooke

Guadalupe Puentes-Neuman, Ph.D., évaluatrice

Université de Sherbrooke

Sommaire

Les troubles anxieux constituent les troubles psychiatriques les plus diagnostiqués durant l'enfance et l'adolescence. Plusieurs facteurs de risque y sont associés, parmi lesquels on retrouve des difficultés de régulation émotionnelle. D'un point de vue théorique, la régulation émotionnelle a été étroitement liée à la capacité de mentalisation (CM), aussi appelée fonction réflexive (FR). Cependant, très peu d'études se sont attardées à considérer les troubles anxieux selon cette perspective. Pour sa part, le modèle théorique expliquant le développement de la FR suggère qu'elle se construit au sein des relations d'attachement. Or, davantage de recherches sont nécessaires afin d'explorer les liens empiriques entre ces deux variables au sein d'un individu. Ainsi, les principaux objectifs de la présente étude sont de clarifier les liens pouvant exister entre la FR de l'enfant et l'anxiété ainsi que d'explorer les liens entre la FR et les représentations d'attachement chez des jeunes anxieux. Pour ce faire, 30 enfants âgés entre 8 et 16 ans, recrutés dans une clinique de troubles anxieux, et leurs parents ont participé à cette étude. Les jeunes ont complété une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer à la fois leur FR et leurs représentations d'attachement (Entrevue d'attachement de l'enfant; *Child Attachment Interview*; CAI). Leur symptomatologie anxieuse a été évaluée à l'aide d'un questionnaire et d'une entrevue. Des analyses statistiques de corrélations bivariées et des corrélations bisérielles ont permis d'évaluer le premier objectif, tandis que des modèles de régression linéaire multiple séquentielle ont permis de tester le deuxième, et ce, tout en contrôlant pour l'effet des covariables associées à l'anxiété, à la FR ou à l'attachement. Les résultats mettent de l'avant des associations positives entre l'attachement de type sécurisant et la FR globale.

Aucune association spécifique n'a été identifiée entre la FR et les troubles anxieux. Une tendance à présenter plus de diagnostics psychiatriques ainsi qu'un attachement insécurisant de type détaché a été observée chez les jeunes obtenant de faibles scores de FR. Une discussion de ces résultats est exposée à la lumière de la théorie actuelle. Les résultats suggèrent la pertinence de poursuivre l'étude des liens entre l'anxiété et la FR à la lumière des dimensions spécifiques de la FR et en considérant la différence pouvant exister entre chaque trouble anxieux spécifique.

Mots-clés : fonction réflexive, mentalisation, représentations d'attachement, troubles anxieux, enfant, adolescent.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	5
Les troubles anxieux	6
La notion de mentalisation.....	12
L’attachement, régulation des émotions et mentalisation.....	16
Les représentations d'attachement.....	21
Évaluation de l'attachement	22
Liens entre la mentalisation, les représentations d’attachement et l’anxiété	27
Mentalisation et représentations d'attachement	27
Mentalisation et anxiété	32
Objectifs et hypothèses de recherche	38
Méthode.....	40
Participants.....	41
Déroulement.....	42
Instruments de mesure.....	43
Entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV : le K-SADS-PL.	43
Behaviour Assessment Scale for Children, second version (BASC-II).....	44

Questionnaire d'informations sociodémographiques et générales.....	46
Entrevue d'attachement de l'enfant (CAI)	46
Analyses effectuées	52
Objectif 1	52
Objectif 2	52
Objectif 3	52
Objectif 4	53
Résultats	54
Objectif 1 : Distribution de la FR-G et comparaison à un échantillon de référence	55
Caractéristiques des participants ayant des scores extrêmes de FR-G.....	55
Analyses préliminaires pour répondre aux objectif 2 à 4.....	56
Objectif 2 : Associations entre la FR-G et les symptômes anxieux (BASC-II)	57
Objectif 3 : Associations entre la FR-G, certains troubles anxieux spécifiques (K- SADS-PL) et les troubles comorbides (K-SADS-PL)	57
Objectif 4 : La sécurité d'attachement comme variable prédictive de la FR-G.....	58
Discussion	61
Distribution de la FR-G et comparaison avec un échantillon non-clinique	63
Associations entre la FR-G, l'anxiété et les troubles comorbides	64
Associations entre la FR-G et l'attachement chez les enfants et adolescents anxieux	72
Forces, limites et pistes de recherches futures	77
Conclusion	79
Références	82

Appendice A Behavior Assessment Scale for Children, seconde version (BASC-II)	95
Appendice B Questionnaire d'informations sociodémographiques et générales.....	97
Appendice C Définitions des échelles continues au CAI.....	102
Appendice D Caractéristiques générales du discours selon chaque catégorie d'attachement au CAI	104

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Caractéristiques des participants ayant des scores extrêmes de FR-G.....56
- 2 L'attachement envers la mère comme prédicteur du score de FR-G du participant,
en contrôlant pour le sexe.....60
- 3 L'attachement envers le père comme prédicteur du score de FR-G du participant,
en contrôlant pour le sexe.....60

Remerciements

Mes études supérieures ont été un parcours exigeant mais riche en expériences. Ce chemin a changé ma vie, soutenu par plusieurs personnes qui en ont fait la différence. Tout d'abord, je tiens à remercier mes directrices, mesdames Valérie Simard et Julie Achim. Merci, car vous avez contribué, depuis les premiers cours, à définir mes intérêts cliniques et de recherche. Merci aussi de m'avoir permis de travailler avec autonomie et, par le fait même, d'avoir aidé au développement de la confiance en moi. Merci pour vos commentaires empreints de précision et de réflexion. Des remerciements également à vous, Dre Ensink, pour le partage de votre expertise sur la mentalisation. Merci à toute l'équipe d'étudiants travaillant au laboratoire, en particulier à Valérie Chevalier. Et, bien entendu, un énorme remerciement aux familles qui ont généreusement accepté de participer à cette étude.

Je veux remercier particulièrement mes collègues qui m'ont soutenue tout au long de cette traversée, autant sur le plan académique que dans le cadre de mon travail. La vie m'a donné l'opportunité de vivre dans deux pays différents et cette expérience m'a fait grandir, tant sur le plan personnel que professionnel. Mon acculturation n'aurait pas été possible sans l'accompagnement de ces femmes brillantes et respectueuses. Sur une base quotidienne, elles m'ont non seulement appris le français mais, plus que tout, elles m'ont accueillie, acceptée, aimée et appréciée avec mon bagage culturel différent. Merci à Geneviève, Nathalie St-Pierre, Louise-Anne, Amélie et Laura. Votre soutien, votre compagnie attentionnée, votre chaleur et votre sensibilité m'ont permis de me sentir

appréciée et ont laissé des souvenirs sur lesquels je peux m'appuyer pour du soutien et du réconfort.

Merci à mon équipe Santé Mentale Jeunesse du CISSSL pour vos câlins réconfortants lors de mes journées de rédaction parfois bien prenantes. Un merci particulier à Lise et Aline pour votre respect, générosité, sensibilité et votre précieuse expérience riche en connaissances. Nos supervisions ont approfondi mes réflexions et ont contribué à ma croissance dans l'exercice de la psychologie, en m'accordant de la confiance dans l'utilisation de ma créativité. Vous m'avez légué votre amour pour la psychologie de l'enfance.

J'aimerais également remercier ma famille et mes amis pour leur présence à chaque étape du processus; un processus m'étant apparu par moment interminable! J'ai beaucoup appris sur les thèmes de l'attachement et de la mentalisation mais, c'est dans le cadre de mes relations avec vous tous que j'ai découvert la puissance et l'importance des relations proches et sécurisantes. En premier lieu, je tiens à remercier mes *papis* d'être un exemple inspirant de générosité, de disponibilité et de ténacité lors des épreuves de la vie. Votre compréhension, votre soutien inconditionnel et votre préoccupation pour la collectivité m'ont aidée à persévérer au cours des dix-sept dernières années d'université. Merci à mes *tias* Coca et Lissy, deux femmes fortes, soucieuses de mon éducation et de mon avenir en tant que femme responsable. *Viejita hermosa*, seulement Dieu sait à quel point ta sensibilité et ta validation ont été marquantes pour moi. Merci pour cette relation si proche,

si confortable, si attentionnée et SI sécurisante. Je sais que je te rends fière. Merci à mes deux *manises* Jimena et Andrea; chacune de vous a été spéciale et m'a montré son soutien à différents moments de mon vécu, tant au Pérou qu'au Canada. Je vous suis si reconnaissante...

Enfin, je tiens à remercier avec tout mon amour, mon époux Johnny, pour sa disponibilité émotionnelle, son approche attentionnée et son engagement sans limites (*Ana bahebak ktir!!*). Merci aussi à notre fille Emma-Alice... *Pollita hermosa*, être avec toi a été ma récompense à la fin des journées bien remplies. Déjà je découvre en toi l'être intelligent, lumineux et chaleureux que tu es. Ta joie et ta force de caractère démontrées à un si jeune âge m'émerveillent et m'inspirent si souvent.

Merci Dieu, d'avoir mis tous ces gens sur ma route, merci pour ce projet de recherche et pour toutes les bénédictions que je recueille dans ma vie!

Introduction

La peur est une réponse évolutive normale d'alerte aux menaces environnementales puisqu'elle engendre le déploiement de comportements appropriés de survie comme la fuite et l'évitement. Cependant, la peur excessive, typique de l'anxiété pathologique, a été conceptualisée comme une variante dysfonctionnelle de ce processus adaptatif. Par ailleurs, bien que les troubles anxieux puissent présenter une symptomatologie concomitante différente, la perception de danger et la réponse dysrégulée de stress est commune à toutes les présentations (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Klein, 2009; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011).

Dans leur ensemble, les troubles anxieux représentent le type de psychopathologie le plus prévalent autant à l'enfance qu'à l'âge adulte (Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011; Kessler et al., 2005; Merikangas, et al., 2010, Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Les troubles anxieux tendent à être chroniques et sont associés à une variété de complications psychosociales, développementales ou psychopathologiques qui persistent tout au long de la vie (Rapee et al., 2009). Sur le plan psychopathologique, des études portant sur la comorbidité des troubles anxieux estiment que 40 à 60 % des enfants et adolescents avec un trouble d'anxiété spécifique remplissent les critères pour au moins un autre trouble anxieux (Rapee et al., 2009). De plus, la présence d'anxiété pathologique à l'enfance peut augmenter le risque d'apparition d'autres troubles psychiatriques à l'âge adulte (Beesdo et al., 2009; Bittner et al., 2007).

Bien que plusieurs modèles étiologiques et de maintien des troubles anxieux aient été proposés, à notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à comprendre le rôle de la mentalisation, ainsi que son impact sur l'origine de ces troubles. Considérant que ceux-ci témoignent de difficultés de régulation émotionnelle (Barlow et al., 2011; Bradley, 2000; Folk, Zeman, Poon, & Dallaire, 2014; Mathews, Koehn, Abtahi, & Kerns, 2016; Nolte et al., 2011; Suveg & Zeman, 2004; Suveg, Hoffman, Zeman, & Thomassin, 2009; Zeman, Shipman, & Suveg, 2002), il est cohérent de s'intéresser à des capacités ayant un impact autant sur la capacité d'autorégulation des individus que sur la capacité à réguler les interactions sociales. En effet, la mentalisation représente la capacité d'un individu de percevoir et d'interpréter ses propres comportements et ceux des autres en termes d'états mentaux, c'est-à-dire en tenant compte des pensées, désirs, croyances, sentiments, attentes, fantaisies et intentions en lien avec les paroles ou les comportements exprimés (Fonagy, 1991). Puisqu'elle permet d'interpréter les comportements d'autrui, d'y attribuer un sens et de réguler sa propre expérience affective de manière juste, il est possible de croire qu'elle permettrait de contenir l'expérience d'anxiété et la rendre plus tolérable. Par ailleurs, quelques études ont déjà mis en relation la présence de déficits au niveau de la capacité de mentalisation (CM) et la présence de psychopathologie à l'âge scolaire (Bizzi, Ensink, Borelli, Mora, & Cavanna, 2018; Ensink, Bégin, Normandin, & Fonagy, 2016; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004; Ostler, Bahar, & Jessee, 2010; Sharp & Venta, 2012). Donc, le lien entre l'anxiété et la capacité de mentalisation mérite d'être exploré davantage.

Le modèle théorique expliquant le développement de cette capacité propose que son développement optimal ait lieu au sein de relations d'attachement sécurisantes (Fonagy & Target 1996, 1997, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996). Le lien privilégié que l'enfant développe avec sa figure de soins a le potentiel de réguler son expérience émotionnelle et de lui procurer une base de sécurité à partir de laquelle l'enfant pourra explorer sa réalité externe et interne avec confiance et liberté (Nolte et al., 2011). Ainsi, les parents capables de garder leurs enfants dans leur esprit et de les considérer comme des individus habités par des états mentaux faciliteront le développement progressif de la CM chez leurs enfants (Slade, 2005). Il semble pertinent de s'intéresser à l'exploration des liens entre cette notion, également appelée fonction réflexive (FR) et l'attachement chez une population anxieuse afin de clarifier les processus psychologiques sous-jacents aux manifestations cliniques des divers troubles anxieux.

Contexte théorique

Ce chapitre présentera dans leurs perspectives théoriques et empiriques les variables étudiées, dans le but de bien cerner la problématique de cette recherche. Il importe de subdiviser le contexte théorique en cinq sections. La première section aborde l'anxiété selon une perspective développementale. La deuxième présente la notion de mentalisation et ses dimensions. La troisième section aborde la notion de l'attachement et son lien avec la régulation des émotions et la CM, les représentations d'attachement ainsi que l'évaluation de l'attachement. La quatrième vise à faire les liens entre les variables de l'étude et comporte une sous-section qui aborde la mentalisation et l'attachement ainsi qu'une sous-section dédiée au lien entre la mentalisation et l'anxiété. Finalement, la dernière section précise les objectifs de ce mémoire ainsi que les hypothèses de recherche.

Les troubles anxieux

L'anxiété normale est une réaction émotionnelle d'alerte présente depuis l'enfance de manière transitoire, afin de préparer l'organisme à fuir ou éviter le danger. En effet, l'expression des nombreuses peurs et angoisses, les deux visages les plus familiers de l'anxiété, fait partie du développement typique des enfants (Dumas, 2012). La peur est une émotion forte et intense éprouvée face à la présence d'une menace réelle et immédiate (p.ex., les chiens), tandis que l'angoisse traduit une appréhension diffuse et sans objet (Beesdo et al., 2009; Hart, 2011). Bien que ces phénomènes puissent être extrêmement souffrants, ils se produisent chez la plupart des enfants et sont généralement transitoires. Par exemple, l'angoisse de séparation se produit normalement à l'âge de 12 à 18 mois, les craintes du tonnerre ou des éclairs dans la période de 2 à 4 ans, etc. (Beesdo et al., 2009).

Cependant, lorsque l'anxiété devient excessive, chronique et nuit au fonctionnement de l'individu, elle est pathologique et constitue un trouble anxieux (Beesdo et al., 2009; Klein, 2009; Nolte et al., 2011). L'anxiété pathologique consiste en une anticipation et une inquiétude disproportionnées face à un événement futur ou une menace perçue (Rapee et al., 2009). Tous les troubles anxieux comportent des symptômes de peur excessive, d'anxiété et d'évitement, mais diffèrent entre eux quant à l'objet ou à la situation à l'origine de l'inquiétude ou de la peur (American Psychiatric Association ; APA, 2013). En effet, plusieurs manifestations de ces troubles ont été répertoriées en fonction de ces dernières variables (Klein, 2009).

Dans le cadre de la présente étude, débutant avant la publication de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) en 2013, la classification des troubles anxieux retenue est celle proposée dans la version révisée de la quatrième édition du DSM (DSM-IV-TR; APA, 2000). Cette classification comprend 12 troubles anxieux, comparativement à la plus récente classification de ces troubles (DSM-5) qui en répertorie plutôt 11 (APA, 2013). Les troubles anxieux inclus dans la version du DSM-IV-TR sont les suivants : le trouble panique sans agoraphobie, le trouble panique avec agoraphobie, l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble anxieux en raison d'une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par une substance, le trouble anxieux non-spécifié, ainsi que l'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu. Les troubles exclus de la nouvelle

classification du DSM-5 (APA, 2013) sont le TOC, qui est maintenant répertorié sous la catégorie « troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés », ainsi que l'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu, tous deux maintenant conçus comme appartenant aux « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Comparativement à la version antérieure, les troubles anxieux de l'enfance, soit le trouble d'anxiété de séparation et le mutisme sélectif, ne sont plus classés dans un chapitre séparé.

Au-delà des manifestations symptomatologiques proposées par les classifications psychiatriques, la recherche a mis en évidence chez les enfants ayant un trouble anxieux la présence de difficultés d'autorégulation dans les sphères physiologique (p. ex., palpitations, transpiration excessive, hyperventilation), cognitive (p. ex., biais cognitifs, obsessions, pensées catastrophiques et pessimistes), affective (peur ou inquiétude intense, irritabilité), comportementale (p. ex., évitement, compulsions) et interpersonnelle (p. ex., crainte du rejet et de la séparation; Beck, 1991; Friedberg & McClure, 2002; Hart, 2011).

Dans leur ensemble, les troubles anxieux constituent le problème de santé mentale le plus fréquent durant l'enfance et l'adolescence (Costello, et al., 2011; Rapee et al., 2009) et présentent le plus haut taux de prévalence à vie (28,8 %; Kessler et al., 2005; Merikangas, et al., 2010). Rapee et ses collègues (2009) rapportent qu'environ 2,5 % à 5 % des enfants et des adolescents répondent aux critères d'un trouble anxieux à un moment ou l'autre de leur développement. Pour leur part, Costello et al. (2011) rapportent une prévalence se situant entre 11 % et 12 % chez les enfants de 6 à 18 ans. Concernant

l'âge d'apparition, celui-ci semble varier selon le trouble. Kessler et al. (2005) rapportent, dans leur étude rétrospective, que les phobies spécifiques et l'anxiété de séparation débutent plus tôt, soit durant l'enfance, et sont suivies par la phobie sociale, durant l'adolescence. Le TOC se manifesterait davantage à la fin de l'adolescence et le trouble panique, au début de l'âge adulte (Kessler et al., 2005). Les données concernant le TAG ne permettent toutefois pas d'établir un âge d'incidence accrue de ce trouble, celui-ci pouvant se manifester tout au long de la vie de l'individu (Rapee et al., 2009) ou à l'âge adulte (Kessler et al., 2005).

Enfin, les troubles anxieux tendent à être chroniques et sont associés à une variété de complications psychosociales, développementales ou psychopathologiques au cours de la vie (Rapee et al., 2009). Sur le plan psychopathologique, il a été démontré que la présence d'anxiété pathologique à l'enfance peut augmenter le risque d'apparition d'un éventail de troubles comorbides et ce, de manière concomitante ou au cours de la vie. Ainsi, Rapee et al. (2009) signalent que 40 % à 60 % des enfants et des adolescents ayant un trouble anxieux spécifique remplissent également les critères d'au moins un autre trouble anxieux. Plusieurs études ont également rapporté le risque accru de développement d'un autre trouble anxieux à l'adolescence et à l'âge adulte lorsqu'un trouble anxieux est présent durant l'enfance (Beesdo et al., 2009; Bittner et al., 2007; Broeren, Muris, Diamantopoulou, & Baker, 2013; Copeland et al., 2013; Kessler et al., 2005; Merikangas et al., 2010). Parmi ces études, des études prospectives portant sur la comorbidité des troubles anxieux au cours de la vie ont révélé des niveaux élevés de comorbidité parmi les

différents troubles anxieux et entre les troubles anxieux et les autres troubles psychiatriques, particulièrement la dépression à l'âge adulte (Bittner et al., 2004; Bittner et al., 2007; Copeland et al., 2013; Finsaas, Bufferd, Dougherty, Carlson, & Klein, 2018; Pine, Cohen, & Brook, 2001). Certaines études ont investigué la continuité homotypique (soit la continuité de la psychopathologie telle qu'indiquée par la présence ultérieure du même diagnostic) et hétérotypique (soit la continuité de la psychopathologie telle qu'indiquée par la présence ultérieure d'un diagnostic différent) pour les sous-catégories de troubles anxieux. L'étude prospective de Bittner et ses collègues (2007), par exemple, réalisée à partir de trois cohortes d'enfants américains (âgés de 9, 11 et 13 ans lors de leur première évaluation et réévalués ensuite à différents temps de mesure jusqu'à ce qu'ils aient atteint 19 ans), montre une continuité homotypique de l'enfance à l'adolescence pour le trouble d'anxiété de séparation et la phobie sociale. Ce dernier trouble serait également associé à la présence d'*anxiété excessive* (*over anxious disorder*, OAD; version du TAG dans la troisième édition du DSM; DSM-III; APA, 1980) et du Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à l'adolescence, témoignant ainsi d'une continuité hétérotypique. L'OAD, quant à lui, serait associé à la présence subséquente d'OAD, d'attaques de panique et de dépression. Finalement, selon cette étude, les deux versions de TAG, soit le OAD du DSM-III et le TAG du DSM-IV, seraient associées de manière significative à la présence de troubles de conduite à l'adolescence. La comorbidité concomitante entre les troubles anxieux chez les enfants est donc considérable, la comorbidité la plus élevée étant observée avec le TAG (Bittner et al., 2007).

Il y a plusieurs explications possibles aux taux élevés de comorbidité entre chacun des troubles anxieux, ainsi qu'entre les troubles anxieux et les autres troubles psychiatriques, notamment les troubles de l'humeur. Parmi celles-ci, il y a la présence de facteurs étiologiques ou de maintien communs aux différentes catégories diagnostiques (Barlow et al., 2011; Manassis, Hudson, Webb, & Albano, 2004; Rapee et al., 2009). La psychopathologie développementale offre d'ailleurs un cadre théorique utile pour les expliquer davantage. Ce cadre tente d'aller au-delà des explications neurophysiologiques issues du modèle médical et propose une compréhension des difficultés symptomatologiques comme étant le résultat d'une interaction complexe de facteurs de risque et de protection tant de nature individuelle qu'environnementale. Ces facteurs déterminent des trajectoires de développement uniques pour chacun des individus qui partagent une même psychopathologie, dont les troubles anxieux (Cicchetti & Cohen, 2006; Kertz & Woodruff-Borden, 2011).

Parmi les facteurs de risque les plus fréquemment évoqués dans les modèles du développement psychopathologique de l'anxiété se retrouvent les événements de vie stressants (Broeren, Newall, Dodd, Locker, & Hudson, 2014), le tempérament inhibé (Broeren et al., 2014; Manassis, Hudson, Webb, & Albano, 2004), l'hérédité (Klein, 2009), le style parental surprotecteur et contrôlant (Gere, Villabo, Torgersen, & Kendall, 2012; Nanda, 2016), l'attachement insécurisant (Colonnesi et al., 2011 ; Nolte et al., 2011), les biais attentionnels et cognitifs (Blairy, 2017) ainsi que les difficultés de régulation émotionnelle (Barlow et al., 2011; Bradly, 2000; Folk et al., 2014 ; Mathews,

et al., 2016; Nolte et al., 2011 ; Suveg & Zeman, 2004; Suveg et al., 2009; Zeman et al., 2002). D'un point de vue théorique, la régulation émotionnelle ainsi que l'attachement ont été étroitement liées au développement de la CM (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008 ; Fonagy, et al., 2004). Or, peu d'études se sont intéressées à étudier cette dernière variable comme élément constitutif de l'étiologie des troubles anxieux.

La notion de mentalisation

Plusieurs conceptualisations de la mentalisation ont été proposées depuis la naissance de la psychanalyse. La notion de mentalisation retenue dans le cadre du présent mémoire est celle que Fonagy et ses collègues ont élaborée. Cette conceptualisation, au-delà d'être la plus répandue et opérationnalisée, tient compte à la fois des notions issues de la psychanalyse, de la théorie de l'attachement, de l'observation psychanalytique du nourrisson et des neurosciences (Achim et Terradas, 2015). La contribution de Winnicott (1971) a été particulièrement importante dans son élaboration, notamment sa théorisation des notions de jeu de l'enfant et de ses fonctions, de l'espace intermédiaire et de la fonction miroir de la mère pour le développement du *self*. Il en est de même pour celle de Bion (1962), dont sa théorie de l'activité de penser, les concepts de fonction alpha de la mère et les éléments bêta de l'enfant. La capacité de mentalisation, aussi appelée fonction réflexive dans le cadre d'études empiriques, a été développée par Peter Fonagy (1991) afin de rendre compte de la capacité cruciale, naturelle et intrinsèquement humaine de percevoir et d'interpréter de manière implicite (la plupart de la mentalisation se passe de manière intuitive et spontanée) et explicite (avec un effort attentionnel soutenu et délibéré)

ses propres comportements et ceux des autres en termes d'états mentaux, soit des désirs, besoins, sentiments, intentions, croyances ou fantaisies (Debbané, 2016). La CM est un acquis développemental qui permet aux individus d'apprendre à traiter les idées et les affects comme étant des représentations mentales uniques et subjectives plutôt que des copies fidèles de la réalité externe (Fonagy & Target 1996, 1997, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996). Elle est une capacité dynamique qui est influencée par le niveau de stress et d'éveil ou encore d'activation ou *arousal* de l'individu, notamment dans le contexte des relations d'attachement spécifiques (Allen et al., 2008). Sur le plan intra-personnel, la CM permet de donner du sens et une voix à l'expérience subjective : elle est donc au cœur du développement des fonctions psychologiques importantes, dont l'autorégulation des émotions et la connaissance de soi. Sur le plan interpersonnel, la CM permet de comprendre que ses propres comportements et ceux des autres sont liés à un contenu mental sous-jacent, changeant, dynamique et qui échappe à l'observation, ce qui permet le développement de relations interpersonnelles intimes et satisfaisantes (Lagos, 2007; Slade, 2005).

Fonagy & Luyten (2009) ont proposé une conceptualisation de la CM en fonction de quatre dimensions à travers lesquelles la CM prendrait forme. Ces dimensions comportent deux polarités chacune : a) automatique vs contrôlée, qui fait référence aux processus de pensée rapides, intuitifs qui se manifestent sans explication versus les processus plus lents et réflexifs, nécessitant un effort, une attention sélective ou une intention soutenue, b) centrée sur les caractéristiques internes vs externes, qui fait

référence au contenu sur lequel s'appuie la compréhension d'une situation, soit sur des éléments non visibles tels que des pensées, des intentions ou sur des contenus visibles, comme les réactions physiques dont les expressions du visage, c) centrée sur soi ou sur les autres ; qui renvoie à l'intérêt de l'individu à l'égard de ses propres états mentaux versus l'intérêt manifesté à l'égard des états mentaux des personnes qui l'entourent et finalement, d) cognitive vs affective, qui fait référence à ce qui est compris versus ce qui est « ressenti » dans l'expérience (Debbané, 2016 ; Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012).

Chacune de ces dimensions s'articule de manière dynamique et leur intégration est susceptible de changer d'un moment à l'autre. Une CM efficace implique de maintenir un équilibre à l'intérieur de ces quatre dimensions (Fonagy et al., 2012) et d'être en mesure de passer d'une dimension à l'autre et d'un pôle à l'autre, de manière flexible et appropriée selon le contexte. En revanche, un déficit marqué dans l'articulation et l'intégration de celles-ci peut être indicateur de déficits ou d'une rupture de mentalisation et être susceptible de favoriser certains types de psychopathologies (Debbané, 2016). Par ailleurs, des « patrons » de mentalisation, sous l'angle de ces dimensions, ont été décrits pour certaines pathologies telles que les troubles de l'humeur et les troubles de personnalité borderline et narcissique (Fonagy et al., 2012). La description de tels patrons permet de croire que les troubles anxieux pourraient également être caractérisés par un profil particulier au niveau de ces dimensions. Par exemple, des déficits pourraient être envisagés au niveau de la polarité contrôlée qui prévient, par la mise en place de processus réflexifs et conscients, l'activation de réponses de combat ou de fuite, typiques de ces

troubles. De plus, la difficulté à entrer en contact avec la dimension affective de l'expérience interne et la tendance à se défendre contre des états mentaux conflictuels ou chargés observée chez certains troubles anxieux spécifiques (Rudden, Milrod, Target, Ackerman, & Graf, 2006) rend possible l'idée selon laquelle certains troubles peuvent également témoigner d'un déséquilibre dans la dimension cognitive et affective de la mentalisation. Par ailleurs, cette dernière permet l'attribution d'une dimension mentale juste à l'expérience (p. ex., inférer les croyances ou désirs d'un individu en rapport à un objet), tout en permettant de ressentir les affects qui accompagnent l'expérience chez soi ou autrui (Debbané, 2016), ce qui représenterait une difficulté au sein de certaines pathologies anxieuses. En effet, la présence de déficits dans la capacité à se représenter l'anxiété (ou à ce titre toute expérience subjective) ou à penser les affects pouvant être liés aux symptômes peut intensifier la détresse émotionnelle, causer une distorsion dans la lecture des sensations physiques ou même une tendance à exprimer l'intensité émotionnelle à travers l'agir (Busch & Sandberg, 2014).

En somme, la CM implique autant une dimension intrapersonnelle qu'interpersonnelle et une composante basée sur l'observation des autres que sur la réflexion concernant leurs états mentaux internes, elle est implicite et explicite et concerne tant les émotions et que les cognitions. De plus, lorsque ces composantes fonctionnent en complémentarité, l'individu peut se représenter les états mentaux sous-jacents aux comportements de manière juste autant chez soi que chez les autres, faire la distinction entre les réalités interne et externe, inférer de possibles explications sur les états mentaux

perçus et décodés à partir d'indices contextuels subtils ainsi que moduler son expérience émotionnelle et son comportement (Fonagy & Allison, 2012). En revanche, une difficulté marquée dans l'articulation et l'intégration des composantes impliquées peut être indicateur d'une rupture ou d'un déficit de mentalisation et être susceptible de favoriser certains types de psychopathologies (Debbané, 2016).

Attachement, régulation des émotions et mentalisation

Les modèles de psychopathologie développementale ont mis au cœur de la compréhension des troubles psychiatriques, incluant les troubles anxieux, le développement pathologique des systèmes de régulation émotionnelle dans le contexte des relations d'attachement (Nolte et al., 2011).

La régulation des émotions au cours des premières années de vie, est conçue comme un processus mettant en jeu un ensemble de facteurs intrinsèques (ex., le tempérament, les habiletés cognitives de l'enfant) et extrinsèques (ses relations avec ses proches, les exigences du contexte) qui permettent au nourrisson de moduler son activation physiologique afin de favoriser son adaptation biologique et sociale (Kopp, 2008). Bien que l'intervention des figures de soin soit essentielle au développement de sa régulation émotionnelle, le nourrisson a recours très tôt à des comportements d'autorégulation *rudimentaires* afin de restaurer son équilibre et son bien-être (Kopp, 2008). En les associant au bien-être qu'ils procurent, l'enfant acquiert progressivement une forme de contrôle sur ces comportements qui éventuellement, se complexifient

d'avantage et se déploient de manière de plus en plus consciente et intentionnelle (Kopp, 2008). Plusieurs auteurs suggèrent que le niveau de sécurité d'attachement d'un enfant peut altérer fondamentalement le développement de ces habiletés de régulation des émotions (dont le stress et les affects négatifs) de l'enfant, ainsi que sa capacité à mentaliser de manière efficace (Nolte et al., 2011).

L'attachement, décrit comme étant le lien émotionnel privilégié et durable qu'établit un enfant dès sa naissance avec son donneur de soins principal (nommé *figure d'attachement*; FA), aurait une fonction évolutive puisque permettrait aux bébés, grâce à leur expression de comportements génétiquement déterminés (p. ex., pleurer, sourire, s'accrocher, tendre les bras), de recevoir une réponse de proximité, de soutien et de réconfort de la part de la FA en moment de détresse (p. ex., lorsqu'il fait face à des menaces physiques ou psychologiques qui l'insécurisent; Bowlby, 1988). En conséquence, le système d'attachement aurait comme but principal le fait de réguler l'expérience émotionnelle de l'enfant (Hart, 2011; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003).

Dans un premier temps, la régulation émotionnelle impliquerait une corégulation des affects, puisque le nourrisson ne vient pas au monde équipé pour décoder les états affectifs sur la base de l'introspection et dépend de l'information qu'il en reçoit de l'extérieur pour les identifier. Cependant, progressivement et dans le cours des interactions dyadiques sécurisantes (p. ex., discours familial, jeu avec l'enfant), l'expérience de régulation s'intériorise et permet graduellement à l'enfant d'apprendre à réfléchir à ses

propres émotions et, conséquemment, à s'autoréguler (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Allison 2012).

Le processus de corégulation des émotions prend forme quand le nourrisson éprouve de la détresse et cherche la proximité de sa FA pour une organisation effective de son expérience émotionnelle. Cette organisation du stress et de l'anxiété du nourrisson est plutôt assurée par une réponse sensible et mentalisante de la part du parent (Hart, 2011; Nolte et al., 2011; Sharp & Fonagy, 2008). Ainsi, le parent agit comme un *miroir* qui reflète les états internes de l'enfant, dont les affects, de façon contingente (soit dès qu'ils sont exprimés), congruente (soit avec synchronie et justesse), marquée (soit en exagérant intentionnellement le reflet de l'état interne de l'enfant) et différenciée (c'est-à-dire que la réponse est fondée sur l'état d'esprit de l'enfant et non sur le sien; Fonagy et al., 2004; Slade, 2005). Dans un premier temps, une corégulation effective du stress permet à l'enfant de construire une *représentation primaire* de son expérience, interne et cohérente avec ce qu'il vit. Elle lui permet également de construire une représentation positive, autonome et confiante de lui-même, soit comme étant un *agent social* compétent pouvant communiquer sa détresse et engendrer une réaction chez autrui (Fonagy & Allison, 2012; Mikulincer et al., 2003). Dans un deuxième temps, l'émotion digérée permet à l'enfant de l'intégrer en tant que représentation mentale *secondaire*, soit une image mentale de l'expérience ressentie pouvant être évoquée et partagée par autrui. Ces images ou représentations mentales constituent la base pour le développement de CM. Enfin, le processus d'autorégulation s'achève lors de l'intériorisation des expériences de

corégulation effective avec la FA, ce qui permettra à l'enfant de développer des représentations mentales de réassurance et de sécurité sur lesquelles s'appuyer pour s'autoréguler en moments d'anxiété (Nolte et al., 2011).

Il existe un lien bidirectionnel entre la CM et la régulation émotionnelle (Fonagy et al., 2004). Ainsi, la CM permet à l'enfant de donner un sens, de moduler et de modifier les émotions du fait qu'elles deviennent pensées et peuvent être perçues comme étant prévisibles, significatives et contrôlables (Fonagy & Allison, 2012). En même temps, la CM n'est pas un processus stable et elle peut être réduite par des niveaux de stress et d'anxiété élevés et ce, même chez les individus qui présentent une bonne CM. Par ailleurs, d'un point de vue empirique, l'étude de Borelli et al. (2018) démontre qu'une CM plus élevée chez les enfants d'âge scolaire est associée à une régulation plus efficace du stress, notamment à une réactivité physiologique moindre et à une récupération plus rapide suite à l'exposition à une tâche qui engendre du stress. Cette étude concorde donc avec l'argument théorique qui propose que la CM a un rôle régulateur lorsqu'elle se déploie de façon optimale (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 1997).

Enfin, le développement *complet* de la CM inclut une prise de conscience de la relation représentationnelle de l'esprit à la réalité. À ce moment, l'enfant comprend que ses états internes sont différents de ceux des autres et donc, il réalise que ses pensées et ses sentiments, bien que liés à la réalité externe, sont des *représentations* de cette réalité (Fonagy & Target, 1996). De plus, plusieurs perspectives sur une même situation

interpersonnelle sont possibles et d'autres actions sont compréhensibles étant donné que les comportements sont sous-tendus par des états mentaux (Allen et al., 2008). Dans le cas où le parent n'est pas apte ou disponible à remplir la fonction miroir de manière sensible, ou si cette fonction présente des défaillances, la capacité de l'enfant à mentaliser se voit entravée et l'enfant est susceptible de traiter les réalités interne et externe sous des modes de pensée prémentalisans (le mode *téléologique*, le mode *équivalence psychique* et le mode *fictif*; Fonagy & Target 1996, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996).

Des défauts de mentalisation peuvent s'exprimer, par exemple, par un fonctionnement marqué par le recours à l'agir et par des difficultés de régulation, ce qui peut avoir un impact désorganisateur sur l'expérience inter et intrapersonnelle (notamment sur la cohérence de l'expérience de soi) et signaler la présence de psychopathologie (Fonagy et al., 2012).

Somme toute, l'attachement a été reconnu comme étant une variable permettant de relier plusieurs facteurs de risque et de protection liés au développement dysfonctionnel de processus de régulation de l'anxiété et réponses de peur qui sous-tendent les troubles anxieux (Nolte et al., 2011). L'implication du parent à travers la mise en pratique de sa capacité de FR parentale dans le contexte de la relation d'attachement à son enfant serait fondamentale pour que ce dernier expérimente de la rassurance, de la sécurité, une régulation des émotions effective et, ultimement, qu'il développe une capacité de

mentalisation adéquate (Fonagy & Allison, 2012; Fonagy et al., 2004; Hart, 2011; Sharp & Fonagy, 2008; Slade, 2005).

Les représentations d'attachement

Bowlby (Bowlby, 1969/1982, 1973) a introduit le concept de modèles internes opérants (MIO) ou représentations d'attachement pour décrire ce processus par lequel, à travers les soins quotidiens donnés par la FA, l'enfant en vient à former une représentation de soi et de l'autre qui influence ses attentes, son interprétation des situations relationnelles et sa manière de se comporter avec les autres. Cette représentation est stable dans le temps et agit comme un filtre permanent qui colore la réalité et la perception de soi et d'autrui d'une certaine manière. La façon dont la FA répond au besoin de l'enfant ainsi que la qualité des expériences de co-régulation affective sont donc partie intégrante de ce modèle de savoir relationnel qui se complexifie avec l'âge.

Selon Hart (2011), les MIO commencent à se construire de manière embryonnaire à un très jeune âge (autour de neuf mois), lorsque l'enfant est capable d'imaginer sa FA en son absence et de se souvenir des interactions avec d'autres personnes. À cet âge, il serait en mesure d'intérioriser des représentations des parents et de s'attendre à une certaine forme de comportement de leur part. Il faut noter que l'intériorisation et l'automatisme des MIO durant l'enfance permettrait un fonctionnement en dehors de la conscience. La construction de MIO se poursuivrait et se complexifierait davantage avec le développement des compétences cognitives, sociales et langagières de l'enfant

(Bretherton & Munholland, 2016). Pendant l'adolescence et grâce aux capacités cognitives en rapide évolution, les MIO s'intégreraient graduellement en un seul modèle unifié et généralisable à toutes les relations, alors que dans l'enfance il y aurait des modèles différenciés pour chaque FA (Hesse, 2016 ; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).

Les représentations d'attachement impliquent nécessairement deux dimensions complémentaires, liées à la fois à la perception de soi et de la FA. D'une part, elles incluent des informations sur la valeur que s'accorde l'enfant en tant qu'individu et, d'autre part, sur la valeur accordée à la FA. Par exemple, lorsque le parent est sensible aux besoins de l'enfant, ce dernier le perçoit comme étant disponible et aimant et se perçoit lui-même comme étant digne de l'amour et de l'attention que son parent lui porte. Comme résultat, l'enfant développe un modèle d'attachement sécurisant. En revanche, lorsque le parent est inconstant ou rejetant, l'enfant le perçoit comme étant peu sécurisant et se construit une image de lui-même peu valorisée. Dans ce contexte, il développe un modèle d'attachement insécurisant. Il faut noter que les MIO ne sont pas des reflets exacts de la réalité, mais sont plutôt à l'image de la perception qu'a l'enfant des comportements de la FA envers lui et de ses propres comportements envers elle (Main et al., 1985).

Évaluation de l'attachement

Bien qu'il soit impossible de connaître et d'évaluer avec certitude la nature des MIO d'un individu, plusieurs tentatives ont eu lieu à travers les années pour tester la qualité du lien d'attachement chez les enfants. Mary Ainsworth et ses collaborateurs

(1978) ont été les premiers à catégoriser l'attachement et à inférer les MIO durant la petite enfance (12-18 mois), à partir de l'observation de comportements de l'enfant lors d'une situation expérimentale (nommée *Situation étrangère*; SE) induisant l'activation du système d'attachement de l'enfant envers une FA spécifique. La méthode comporte une série de séparations et de retrouvailles avec la FA dans un environnement non familier, parfois en présence d'un étranger, et implique d'observer les réactions de l'enfant envers leur FA ainsi que l'équilibre que trouve l'enfant entre ses comportements d'exploration et ceux de recherche de sécurité auprès de celle-ci. Ce protocole d'évaluation, a mis en évidence quatre patrons *comportementaux* d'attachement, soit sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant ambivalent (Ainsworth et al., 1978) et désorganisé (Main & Solomon, 1990). Il faut noter que ces patrons comportementaux d'attachement, puisqu'ils sont déjà prévisibles, sont sous-tendus par des représentations d'attachement (MIO).

Les enfants avec un patron d'attachement sécurisant présentent le meilleur équilibre entre l'exploration et la recherche de proximité et les enfants présentant de comportements d'attachement insécurisants explorent moins bien en fonction du type d'insécurité. Pour sa part, les enfants dit désorganisés ne présentent pas de stratégies cohérentes et organisées pour gérer les épisodes de séparation et réunion et manifestent des comportements atypiques, parfois contradictoires ou dissociés. Par ailleurs, Main et Solomon (1990) signalent que la désorganisation provient d'un MIO fragmenté où les représentations d'un parent imprévisible, qui est à la fois source de peur et de réconfort, ne peuvent pas être intégrées de manière cohérente.

Le besoin si nécessaire, d'une base sécurisante qui porte l'enfant à adopter des comportements d'exploration de l'environnement physique et à développer son autonomie s'étend également pour l'exploration du monde psychique, car un enfant qui est en mesure d'explorer son environnement physique est plus à même d'examiner et de tolérer ce qui se passe à l'intérieur de lui et des autres, notamment ses états mentaux et ceux des autres (Nolte et al., 2011). Les enfants qui présentent un patron d'attachement sécurisant se montre donc plus ouvert à ses expériences internes, ce qui précède et facilite le développement de la CM.

À la période scolaire, qui fait l'objet du présent mémoire, il devient possible d'évaluer directement les représentations d'attachement, plutôt que les comportements. En effet, puisque la fréquence et l'intensité des comportements d'attachement diminue du fait que les enfants élargissent leur environnement social et deviennent de plus en plus autonomes (Kerns & Brumariu, 2016), il a été observé que le système d'attachement à cette période-là cherche notamment à retrouver la *disponibilité* des parents lors des moments de détresse, contrairement à la recherche de *proximité* physique typique de l'attachement à la petite enfance. À la période scolaire, les enfants s'appuient sur leurs MIO pour réguler leur détresse. Cependant, les parents demeurent les principales FA en cas de besoin (p. ex., situations difficiles où leur autorégulation est insuffisante), et ce, malgré la préférence accordée aux pairs pour la camaraderie (Kerns et al., 2006, cités dans Kerns & Brumariu, 2016).

Sur le plan de l'évaluation des MIO à la période scolaire, plusieurs instruments de différents types ont été validés parmi lesquels se retrouvent les entrevues semi-structurées basées sur l'analyse du discours. Le *Child Attachment Interview* (CAI; Shmueli-Goetz, Target, Fonagy, & Datta 2008), par exemple, est reconnu comme l'instrument par excellence pour l'évaluation, via l'analyse du discours, des représentations d'attachement chez les enfants d'âge scolaire et chez les adolescents. Cette entrevue, possédant d'excellentes propriétés psychométriques (pour plus de détails, se référer à la section Méthode), est une mesure implicite de l'attachement, ce qui signifie que, contrairement à d'autres instruments, elle est plus susceptible d'induire l'activation des représentations d'attachement qui sont en dehors de la conscience (Crowell, Fraley, & Shaver, 2008). Elle a été développée pour une population d'enfants âgés de 8 à 15 ans, en s'inspirant de sa version pour les adultes (*Adult Attachment Interview*; AAI; George, Kaplan, & Main, 1996), instrument amplement validé empiriquement et considéré comme la méthode par excellence pour évaluer les représentations d'attachement chez les adultes (Hesse, 2016). Le CAI met en lumière les stratégies d'attachement, sur le plan représentationnel, que l'interviewé met en place lorsque son système d'attachement est activé par les questions d'entrevue. La tâche principale de l'enfant ou de l'adolescent au cours du CAI est de garder un discours cohérent tout en partageant des souvenirs reliés à des expériences d'attachement, plus particulièrement lors de situations de vulnérabilité (pertes, séparations, maladie, détresse, conflits) qui sont susceptibles de solliciter le recours à leur FA comme base de sécurité. L'analyse des stratégies déployées permet ensuite de

classifier les représentations d'attachement dans une catégorie (*sécurisante, insécurisante détachée, insécurisante préoccupée ou désorganisée/contrôlante*). Ainsi, les représentations d'attachement sécurisantes se manifestent au CAI, entre autres, par une cohérence de la pensée et du discours, une flexibilité, une ouverture à l'exploration des affects et une valorisation de l'attachement. L'attachement de type insécurisant détaché se caractérise par une idéalisation des expériences avec les parents, un faible rappel de celles-ci, compris comme étant défensif et non lié à un manque de mémoire, une faible introspection/ouverture aux émotions, ou le dénigrement des relations avec les FA et les autres de manière générale. Ensuite, l'attachement insécurisant préoccupé se manifeste par un discours où une colère envahissante émerge et est ressentie dans le présent, un manque de contenance, une difficulté à se centrer sur un sujet, ainsi qu'un blâme excessif de soi ou d'autrui. Finalement, l'attachement désorganisé/contrôlant se caractérise au CAI par un discours bizarre, morbide et, sur le plan non-verbal, par une dissociation lorsqu'un trauma ou un deuil est ramené à la conscience (Hesse, 2016; Main, Hesse, & Goldwin, 2008; Shmueli-Goetz, Target, Datta, & Fonagy, 2004). Le versant contrôlant de la désorganisation se manifeste par des tentatives explicites de prendre le contrôle de l'entrevue (p. ex., poser des questions à l'interviewer ou décider à quel moment l'entrevue prendra fin). Par ailleurs, à l'âge scolaire, ce versant contrôlant cherche à réduire les émotions négatives et l'imprévisibilité des interactions avec un parent perçu comme effrayé ou effrayant et peut se présenter sous la forme d'un contrôle-punitif ou de donneur de soins. Dans les deux cas, on observe un renversement des rôles entre le parent et l'enfant (Kobak, Zajac, & Madsen, 2016).

Liens entre la mentalisation, les représentations d'attachement et l'anxiété

Mentalisation et représentations d'attachement

Le rôle de l'attachement va au-delà de la survie du petit enfant. Tel qu'élaboré précédemment, il implique également le développement d'un système de régulation émotionnelle par l'expérience de sécurité qui émerge lorsque le parent comprend, s'ajuste et répond aux signaux de l'enfant. Par ailleurs, lors de relations d'attachement sécurisantes, les enfants démontrent une sécurité à explorer et à exprimer les difficultés de leur monde interne puisqu'ils ont éprouvé un intérêt authentique de la part de leurs parents pour ce qui se passe dans leur esprit. Ceci a un impact sur la compréhension de soi et des autres, donc sur le développement de leur CM.

La capacité de la mère à penser à l'esprit de son enfant témoigne de sa FR parentale, soit la compétence permettant à l'enfant de voir ses états affectifs reconnus, reflétés et contenus par son parent (Slade, 2005). La FR parentale a été associée autant au développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant qu'au développement de la mentalisation de ce dernier. Quelques études ont mesuré le lien entre la FR parentale ou la FR générale (capacité du parent à se représenter mentalement son propre fonctionnement psychologique) et le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant (Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot, & Fonagy, 2016; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991 ; Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994; Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998; Slade,

Belsky, Aber, & Phelps, 1999; Zeegers, Colonnese, Stams, & Meins, 2017) et ce, en utilisant différentes approches (p. ex., le recours à l'utilisation des états mentaux pendant les entrevues ou les interactions parent-enfant). Par exemple, l'étude de Fonagy, Steele et Steele (1991) réalisée auprès d'un échantillon de 100 mères issues d'une population générale suggère que leur capacité à mentaliser leurs propres expériences d'attachement à l'enfance, mesurées par l'AAI pendant la grossesse, permet de prédire (75 % des fois) le style d'attachement des enfants à l'âge d'un an tel que mesuré par la SE. Ces résultats sont corroborés par une réplique de l'étude réalisée par Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot et Fonagy (2016) auprès d'un échantillon de 88 dyades mère-bébé.

Pour sa part, la méta-analyse de Zeegers et ses collaborateurs (2017) a été effectuée à partir d'études réalisées entre 1997 et 2016 étudiant le lien entre l'attachement et la mentalisation, pour déterminer quels aspects de la parentalité (mentalisation ou sensibilité parentale) prédisent la qualité de l'attachement parent-enfant, telle que mesurée par la SE ou l'*Attachement Q-Sort* (AQS; Waters & Deane, 1985). Les résultats de cette méta-analyse indiquent que l'orientation mentale parentale (*parental mind-mindedness*; Meins, 1997), l'insight parental (*parental insightfulness*; Oppenheim & Koren-Karie, 2002), et la FR parentale (Slade, 2005), trois construits fortement associés et reconnus comme étant des mesures de la capacité réflexive du parent, prédisent les relations les plus optimales, et ce, au-delà de la sensibilité des parents lors des interactions. Ces résultats mettent en évidence le rôle primordial de cette capacité des parents à considérer leurs enfants comme

étant habités par des pensées et des affects dans le développement de relations d'attachement sécurisantes chez leurs jeunes enfants.

D'autres études ont tenté d'évaluer l'attachement des enfants en lien avec des capacités connexes à la mentalisation. L'étude de Fonagy, Steele, Steele et Holder (1997) a été la première à identifier un lien entre l'attachement d'enfants et leur performance dans des tâches connexes à la mentalisation (Théorie de l'esprit; TdE). Selon leur étude, 82 % des enfants ayant un attachement sécurisant envers leur mère, tel que mesuré par la SE, ont réussi une tâche de fausses croyances à l'âge de 5,5 ans comparativement à 50 % des enfants ayant un attachement insécurisant de type évitant et à 33 % des enfants ayant un attachement insécurisant de type ambivalent. Suivant ces résultats, l'étude prospective de Meins et al. (1998) a tenté de tracer le développement longitudinal des capacités de symbolisation et de celles liées à la mentalisation des jeunes enfants, telles que mesurées par différentes tâches de TdE classiques et ce, par rapport à la sécurité d'attachement évaluée à partir de la SE à 11 ou 13 mois. La CM parentale de la mère, évaluée à partir de sa réponse à une question à propos de son enfant (« *Pouvez-vous me décrire votre enfant ?* »), avait également été mise en relation avec la sécurité d'attachement de son enfant. Parmi les résultats obtenus, l'étude montre que les enfants ayant un attachement sécurisant étaient plus susceptibles de réussir deux des trois tâches de TdE à l'âge de 4 et 5 ans, comparativement aux enfants avec un attachement insécurisant. Ces résultats suggèrent l'existence de possibles trajectoires développementales entre la sécurité d'attachement à l'enfance et le développement ultérieur de capacités cognitives liées à la

mentalisation. De plus, les mères des enfants ayant un attachement sécurisant durant la petite enfance étaient plus susceptibles de décrire leurs enfants en faisant référence à leurs caractéristiques mentales plutôt qu'à leurs qualités physiques ou comportementales, suggérant ainsi que les différences sur le plan de l'attachement des enfants peuvent être liées aux différences sur le plan du développement de la CM de leurs parents.

Une récente étude réalisée par Bizzi et al. (2018) a examiné la relation entre la FR et les représentations d'attachement chez 131 enfants âgés de 8 à 15 ans ayant des problèmes de santé mentale (« troubles liés à des symptômes somatiques » et « troubles graves du comportement »). Les représentations d'attachement et la FR des enfants ont été évaluées au moyen du CAI (via les systèmes de cotation de l'attachement et de la FR) et les problèmes de santé mentale, à l'aide du *Child Behavior Checklist* (CBCL). Les résultats démontrent des différences significatives sur le plan de la FR en fonction du groupe d'attachement : les scores les plus élevés étant associés aux représentations d'attachement sécurisantes, suivis par ceux associés aux représentations insécurisantes préoccupées, insécurisantes détachées et, en dernier lieu, à l'attachement désorganisé/contrôlant. De plus, les enfants du groupe clinique, notamment ceux avec un diagnostic de trouble grave du comportement, avaient des niveaux de FR significativement plus faibles que ceux du groupe de contrôle, ce qui expliquerait, selon les auteurs de l'étude, les difficultés relationnelles et de régulation du comportement observées chez ces jeunes.

Pour sa part, l'étude de Borelli et al. (2018), portant sur 76 enfants âgés de 8 à 12 ans et utilisant le même instrument que l'étude décrite précédemment (le CAI via les systèmes de cotation de l'attachement et de la FR), a démontré des associations négatives uniquement entre l'attachement détaché et la FR globale (FR-G) des enfants participants. Selon les résultats de l'étude, ce groupe d'enfants aurait donc des limitations dans leur capacité à considérer dans leur esprit les états mentaux de soi ou des autres. Il est à noter que parmi les hypothèses expliquant l'absence de liens entre la FR-G et l'attachement de type ambivalent, les auteurs suggèrent la possibilité que les enfants de ce groupe s'engagent dans une forme d'hypermentalisation (comprise comme des efforts continus mais infructueux de mentaliser; Sharp & Venta, 2012) dans le but de réguler leurs émotions, mais que cet usage ne soit pas suffisant ou assez organisé pour réguler et contenir les affects négatifs et la colère liée aux FA.

Dans l'ensemble, les résultats de ces études empiriques suggèrent que le fait que la figure d'attachement porte attention aux états mentaux de l'enfant facilite probablement le développement d'un attachement sécuritaire et de la CM chez lui. De même, la sécurité d'attachement semblerait liée à la capacité à maintenir des niveaux élevés de mentalisation, même lors de situations stressantes (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012), tandis que l'insécurité d'attachement semblerait liée à des niveaux plus faibles de mentalisation ou à la présence de déficits de mentalisation tels que l'hypermentalisation. Pour sa part, l'attachement de type désorganisé serait lié à l'absence de mentalisation lors

de situations stressantes (Berthelot et al., 2015; Bérubé-Beaulieu, Ensink, & Normandin, 2016; Ensink, Normandin et al., 2015).

Or, bien que le lien entre la FR du parent et le style d'attachement de l'enfant semble avoir été bien documenté (Fonagy, Steele & Steele, 1991 ; Fonagy, Steele, Steele et al., 1991; Fonagy et al., 1994; Slade et al., 1999), à notre connaissance, l'existence des liens entre la mentalisation et l'attachement chez un même enfant a été examinée seulement dans le cadre des études de Bizzi et al. (2018) et de Borelli et al. (2018) et demeure donc peu connue. Les modèles théoriques proposent certes des avenues intéressantes dans ce domaine, mais ne sont pas soutenus par des résultats empiriques. Ainsi, il importe de mieux saisir le lien unissant ces deux concepts, surtout dans le contexte d'un trouble de santé mentale ayant une prévalence aussi élevée que l'anxiété. L'exploration des liens entre la FR et l'attachement chez cette population pourrait ainsi permettre de clarifier les processus psychologiques sous-jacents aux manifestations cliniques des divers troubles anxieux.

Mentalisation et anxiété

Bien que le nombre d'études ayant exploré les capacités de mentalisation d'enfants d'âge scolaire ne soit pas nombreux, des déficits au niveau de cette capacité ont été mis en relation avec la présence de troubles psychiatriques à cette période du développement (Bizzi et al., 2018; Ensink, Normandin et al., 2016; Fonagy et al., 2004; Ostler et al., 2010; Sharp & Venta, 2012), dont les troubles anxieux (Breinholst, Esbjørn, & Steele, 2018).

De manière générale, certains chercheurs expliquent ceci par le fait qu'une mentalisation déficitaire rend l'individu vulnérable à l'internalisation ou à l'externalisation des affects, particulièrement lors des situations de vie stressantes (Sharp & Venta, 2012). Fonagy et ses collègues (2012) signalent que la mise en place des distorsions cognitives¹ liées à la perception de danger dans l'environnement peuvent alimenter les émotions négatives et les réactions comportementales, dont la fuite ou le combat, la somatisation et l'évitement, réponses qui contrastent fortement avec la mentalisation. Cette capacité serait restaurée uniquement après avoir retrouvé un état d'apaisement (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2012).

En effet, lors des expériences d'anxiété élevée et chronique (particulièrement celles associées à l'activation du système d'attachement de l'individu), le fonctionnement sous processus réflexifs peut basculer vers un mode plutôt réactif et automatique et traduire un agir selon des modes concrets, empreints de méfiance ou encore détachés de la compréhension des enjeux complexes d'une situation donnée. Ceci aurait un impact direct sur la capacité de l'individu à se représenter son expérience et à contenir l'émotion perturbatrice (Allen et al., 2008; Debbané, 2016 ; Fonagy et al., 2012). Si l'individu n'est pas en mesure de rebasculer vers des processus réflexifs, le stress chronique peut s'installer et le rendre à risque d'avoir recours à des stratégies de régulation inadaptées,

¹ Dans le cadre des recherches portant sur les troubles dépressifs, Fonagy et ses collègues (2012) suggèrent que les déficits cognitifs (incluant les ruminations et les pensées distordues), étudiés davantage dans la tradition cognitivo-comportementale, peuvent également se conceptualiser en tant que déficits de mentalisation.

telles que les passages à l'acte, les crises émotionnelles et les conduites automutilatrices et impulsives (Debbané, 2016).

Selon Sharp et Venta (2012), la présence de déficits sur le plan de la TdE, concept ayant été lié à la mentalisation notamment dans sa polarité cognitive, provoque une hypervigilance face aux menaces possibles ainsi que des attributions négatives aux événements sociaux en l'absence de connaissances sur les états mentaux des autres.

Suivant cette ligne de pensée, les résultats de l'étude de Ballespi, Vives, Sharp, Tobar et Barrantes-Vidal (2019), effectuée auprès de 113 jeunes adultes espagnoles ayant un trouble d'anxiété sociale, suggèrent que certains défauts de mentalisation (évalués à l'aide d'une tâche de TdE² qui sollicite la CM des autres ; *Movie for the assessment of social cognition*; Dziobek et al., 2006 et d'une entrevue créée pour les besoins de l'étude afin d'évoquer spécifiquement la CM de soi ; *Method for inducing mentalization in a self-referential situation*) émergeraient lors de situations sociales suscitant des niveaux élevés de stress et ne sont donc pas présents de manière stable chez les individus atteints de ce trouble. De plus, ces déficits ne se caractériseraient pas par un niveau faible ou absent de FR mais plutôt par la sur-attribution d'intentions et de pensées négatives aux autres d'une manière qui n'est pas fondée sur la réalité. Cet excès de mentalisation, nommé de *l'hypermentalisation*, émergerait lors des situations potentiellement inquiétantes pour les

² Selon les auteures de l'étude, une nouvelle approche dans l'étude de la mentalisation inclut l'évaluation de la TdE *excessive*, aussi appelée *hypermentalisation*.

personnes souffrant d'anxiété sociale (p. ex., des situations sociales incertaines ou effrayantes dans lesquelles elles se sentent impliquées et qui sollicitent donc, la CM centrée sur soi) du fait que ces situations suscitent un haut niveau d'excitation physiologique et que celui-ci affecte le déploiement optimal de la CM (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2012).

Pour sa part, l'étude d'Ostler et al., (2010) menée auprès de 26 enfants d'âge scolaire hébergés en famille d'accueil aux États-Unis, dont leurs parents consommaient de la méthamphétamine, a mis en lien la faible capacité de mentalisation de ceux-ci, évaluée à partir d'une échelle créée pour les besoins de l'étude (*Children's Mentalization Scale*; appliquée à l'entrevue semi-structurée *My Family Stories Interview*) avec la présence de plus de problèmes intériorisés et extériorisés au CBCL, incluant plus de symptômes comportementaux anxio-dépressifs. Selon ces auteurs, les capacités de mentalisation peuvent aider les enfants à donner un sens à leurs expériences et donc affecter de manière positive leur santé mentale.

Ensuite, l'étude d'Esbjörn et al. (2013) a établi un lien entre des niveaux moins élevés d'anxiété clinique chez 38 enfants âgés de 7 à 12 ans et des niveaux plus élevés de FR chez leur mère. L'anxiété fut mesurée à l'aide d'un questionnaire et la FR des parents, à l'aide de l'échelle de FR applicable à l'AAI. Cette étude offre des réflexions éclairantes à propos de l'impact de la FR de parents sur la régulation des émotions d'anxiété des enfants. Ainsi, une CM adéquate chez les parents permettrait aux parents d'aider leurs

enfants à sentir l'émotion d'anxiété et de la représenter à travers la pensée et le langage. Ceci aurait un impact non seulement sur leur compréhension des manifestations anxieuses et des raisons les soutenant, mais aussi sur les moyens utilisés pour les réguler et y faire face.

Une autre étude réalisée par Breinholst, Esbjørn et Steele (2018) menée auprès de 222 enfants âgés 7 à 13 a étudié les possibles différences au niveau de la FR entre un groupe clinique et un groupe de contrôle. L'anxiété a été évaluée avec les deux versions (enfant et parent) d'une entrevue psychiatrique semi-structurée tandis que la FR a été mesurée à partir de trois sous-échelles dimensionnelles faisant partie d'une entrevue semi-structurée qui s'inspire du AAI (*The friends and family interview*; Kriss, Steele, & Steele, 2012; Steele & Steele, 2005). Les sous-échelles en question sont : *Perspective développementale*, *TdE* (envers la mère, le père, l'enseignante et les amis) et *Diversité des émotions* (envers soi, la mère, le père, l'enseignante et les amis). Les résultats de cette étude permettent de constater que deux des trois sous-échelles de FR étaient significativement plus faibles chez le groupe d'enfants anxieux, soit celles de *TdE* et de *Diversité des émotions*. Cependant, l'étude ne précise pas si les niveaux plus faibles de FR peuvent être compris comme étant un facteur de risque dans le développement de l'anxiété clinique ou comme une conséquence de l'anxiété (plus précisément une conséquence de la mise en place de stratégies d'évitement des pensées pouvant susciter de l'anxiété). Bien que ces résultats s'avèrent intéressants, les auteurs appellent à la

prudence dans l'interprétation de ceux-ci, du fait que l'étude utilise une nouvelle mesure de FR à l'enfance ayant des propriétés psychométriques peu investiguées jusqu'à présent.

Enfin, le nombre limité d'études empiriques portant sur la FR des enfants anxieux témoigne de la nécessité d'effectuer plus de recherches sur ce sujet. Le fait que ces troubles se caractérisent essentiellement par la présence d'une inquiétude disproportionnée suite à une perception de danger dans l'environnement (improbable selon le contexte) convient à certains éléments constitutifs de la mentalisation. Plus particulièrement, l'inquiétude disproportionnée évoque un fonctionnement selon un mode d'équivalence psychique où ce qui se passe dans le monde interne de l'individu est considéré comme équivalent à la réalité externe. En effet, ces individus semblent convaincus de leur attribution de danger au lieu de la considérer plutôt comme une possibilité, parmi d'autres.

Le présent mémoire doctoral cherche à contribuer à l'étude des facteurs étiologiques des troubles anxieux en clarifiant les liens existants entre l'anxiété et la FR, ce qui pourrait avoir des impacts significatifs non seulement sur la prévention du trouble et ses nombreuses complications, mais aussi sur les facteurs à cibler dans le cadre d'interventions psychothérapeutiques.

En plus d'utiliser une approche diagnostique de l'anxiété (absence ou présence des différents troubles anxieux), la présente étude inclut un questionnaire mesurant l'anxiété

au niveau comportemental et des symptômes, permettant ainsi de mesurer les liens entre la FR et l'anxiété à partir de ces deux perspectives. Également, l'inclusion d'informations sur les diagnostics comorbides (tous types de troubles) permettra de vérifier si ces liens sont spécifiques à l'anxiété ou s'ils sont plutôt apparents lorsque la psychopathologie est plus sévère.

Objectifs et hypothèses de recherche

La présente recherche comporte quatre objectifs :

Objectif 1 : Décrire la distribution de la FR –G au sein de l'échantillon et la comparer à celle d'un échantillon non-clinique de référence

En lien avec cet objectif, la recension des écrits nous permet de formuler l'hypothèse selon laquelle le niveau de FR-G des jeunes anxieux du présent échantillon sera plus faible que le niveau de FR-G des jeunes issus d'un échantillon non-clinique de comparaison.

Objectif 2 : Vérifier la relation entre le niveau d'anxiété mesuré par le questionnaire BASC-2 et le niveau de FR-G au sein de l'échantillon

En lien avec cet objectif, la recension des écrits nous permet de formuler l'hypothèse selon laquelle le niveau d'anxiété sera associé négativement avec le niveau de FR-G de l'échantillon.

Objectif 3 : Vérifier la relation entre certains troubles anxieux spécifiques ainsi que certains troubles comorbides, tels que mesurés le K-SADS-PL, et le niveau de FR-G au sein de l'échantillon

Plus précisément, l'objectif est d'explorer les liens entre certains troubles anxieux spécifiques et la FR-G ainsi que certaines comorbidités et la FR-G. Il est à noter que les troubles anxieux et comorbides pris en considération seront ceux ayant une prévalence suffisante au sein de l'échantillon.

L'état de connaissances actuelles ne nous permet pas de formuler d'hypothèses concernant cet objectif.

Objectif 4 : Vérifier si la catégorie d'attachement des enfants et des adolescents du présent échantillon prédit le score de FR-G

En lien avec cet objectif, la recension des écrits nous permet de formuler l'hypothèse selon laquelle l'attachement de type sécurisant prédira des scores plus élevés de FR-G que l'attachement de type insécurisant.

Méthode

Ce second chapitre présente la méthode adoptée lors de cette étude. Il contient l'information relative aux participants constituant l'échantillon, au déroulement de l'étude, aux instruments de mesure ainsi qu'aux analyses effectuées.

Participants

Cette étude fait partie d'un vaste projet mené par Mme Valérie Simard, Ph.D., en collaboration avec la Clinique des troubles anxieux (CTA) du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (Montréal, Canada). L'échantillon regroupe 30 enfants et adolescents âgés de 8 à 16 ans ($M = 11,4$, $ET = 2,6$), dont 18 filles (60 %) et 12 garçons (40 %), présentant un diagnostic principal de trouble anxieux selon la classification du DSM-IV-TR (c'est-à-dire incluant l'état de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel compulsif, qui ne sont désormais plus considérés comme faisant partie des troubles anxieux selon le DSM-5; APA, 2013). Afin d'étudier la réalité clinique de cette population, la présence de troubles comorbides n'était pas un critère d'exclusion.

En ce qui concerne les informations sociodémographiques³, tous les enfants participant à l'étude sont nés au Canada. Cependant, leurs origines sont diverses : trois participants (14 %) ont au moins un parent né à l'extérieur du pays. Sur le plan de la situation conjugale des parents, 13 couples parentaux (62 %) sont mariés ou conjoints de fait, tandis que huit (38 %) sont divorcés ou séparés. Quant au niveau de scolarité des parents de l'échantillon, 17 mères (56,7 %) et 13 pères (43,3 %) ont une éducation de niveau collégial ou universitaire. De plus, l'étude du revenu familial brut annuel indique que deux (6,7 %) familles se situent dans la tranche de revenu entre 20 000 \$ et 40 000 \$, trois (10 %) familles dans la tranche entre 40 001 \$ et 60 000 \$, cinq (16,7 %) familles entre 60 001 \$ et 80 000 \$, deux (6,7 %) familles entre 80 001 \$ et 100 000 \$ et neuf (30 %) familles se situent dans la tranche de revenu annuel de plus de 120 000 \$. Ainsi, la plupart des familles de l'échantillon (53,3 %) s'inscrit dans les tranches de revenu familial annuel à partir de 60 000 \$ ou plus, avec un revenu médian de 90 000 \$, alors que le revenu médian du Québec avant impôt était de 85 570 \$ en 2015 (Statistique Canada, 2019).

Déroulement

Le psychiatre traitant, en charge de la première entrevue d'évaluation psychiatrique à la CTA, a présenté sommairement le projet de recherche aux familles répondant aux critères d'inclusion. Celles intéressées à participer à l'étude ont été contactées par une assistante de recherche, qui a ensuite planifié une visite à domicile. La

³ Il est à noter que des informations ne sont pas disponibles pour les familles n'ayant pas remis leur questionnaire sociodémographique par la poste. Ces informations sont disponibles pour 21 familles. De plus, les informations rapportées à l'égard des parents correspondent à celles de 21 mères et 20 pères.

rencontre, d'une durée approximative de 180 minutes, a été effectuée par deux doctorantes en psychologie. Au tout début de cette rencontre, la famille a été informée de la tenue de l'étude et a signé les formulaires de consentement libre et éclairé. Ensuite, les parents et l'enfant ont participé à des entrevues afin d'évaluer les variables de l'étude (les représentations d'attachement et la FR à l'aide du CAI et les troubles mentaux à l'aide d'une entrevue diagnostique). En fin de rencontre, des questionnaires à remplir par le jeune et ses parents ont été présentés aux parents. Ces questionnaires devaient être retournés par la poste suite à la rencontre. Pour ce faire, une enveloppe préaffranchie a été fournie aux familles participantes.

Instruments de mesure

Entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV : *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime version (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997)*

Le K-SADS-PL est une entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV (APA, 1994) permettant d'évaluer plus de 30 catégories diagnostiques chez les enfants âgés de 6 à 18 ans. Dans la présente étude, cette entrevue, traduite en français par l'équipe de recherche, a été administrée aux parents afin d'objectiver la présence du ou des diagnostic(s) établi(s) par l'équipe traitante de la CTA. Soulignons que 92 % des participants ont obtenu le même diagnostic principal au terme du K-SADS et de l'évaluation psychiatrique. À noter que dans la présente étude, ce sont les diagnostics du K-SADS-PL, et non ceux des psychiatres, qui ont été utilisés pour les analyses.

Le K-SADS-PL a comme avantage de commencer l'évaluation par des questions de dépistage, permettant de cibler les diagnostics les plus plausibles pour l'exploration approfondie dans un deuxième temps, ce qui réduit le temps de passation. La version originale en anglais présente une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,94$) et un excellent niveau de fidélité test-retest (intervalle moyen de 18 jours) parmi les entrevues comparables (de 0,77 à 1,00; Renou, Hergueta, Flament, Mouren-Simeoni, & Lecrubier, 2004).

Les troubles anxieux inclus dans les analyses du présent mémoire doctoral sont ceux ayant eu une prévalence permettant une puissance statistique suffisante, soit le TAG (10/30; 33,3 %) et le trouble de phobie spécifique (14/30; 46,7 %). Cette entrevue a également permis d'identifier la présence ou l'absence de troubles comorbides. En lien avec les comorbidités, les catégories prises en considération dans les analyses sont un autre trouble anxieux (14/30; 46,7 %), aucune comorbidité (11/30; 36,7 %) et comorbidité avec un TDA/h (8/30; 26,7 %).

Behavior Assessment Scale for Children, seconde version (BASC-II; Reynolds & Kamphaus, 2004)

Ce questionnaire auto-administré (voir Appendice A) évalue les capacités d'adaptation (p. ex., habiletés sociales, leadership) ainsi que les problèmes extériorisés (agressivité, problèmes de conduite) et intériorisés (dont l'anxiété) de l'enfant et de l'adolescent. Les versions complétées par la mère et par le jeune ont été utilisées dans la

présente étude. Le BASC-II comporte de 139 à 160 items, selon le répondant et le groupe d'âge, et présente des questions de type *vrai* ou *faux* ou à coter sur une échelle de type Likert en 4 points (allant de *jamaïs* à *presque toujours*). Cet instrument regroupe les questions en plusieurs échelles, dont l'échelle « Anxiété », incluse dans la présente étude. Le BASC-II présente d'excellentes propriétés psychométriques, telles qu'une cohérence interne très élevée ($\alpha = 0,90$) ainsi qu'une fidélité test-retest (intervalles allant entre une et huit semaines après la première administration) avec des corrélations s'étendant entre 0,70 à 0,80 pour les différentes échelles (Reynolds & Kamphaus, 2004). De plus, il permet de discriminer les populations cliniques et non-cliniques. Ce questionnaire est standardisé et permet de calculer des scores continus, un score élevé indiquant un plus grand niveau d'anxiété. De plus, un score T de 70 ou plus indique que la symptomatologie a atteint un niveau clinique. Le calcul des scores T aux différentes échelles s'est fait à l'aide du logiciel de cotation Assist Plus (Pearson Clinical), ce qui minimise le risque d'erreur.

Concernant la distribution de l'échelle anxiété dans le présent échantillon, les scores T rapportés dans la version remplie par un des parents s'échelonnent entre 49 et 89 ($M = 66,5$, $ET = 11$), tandis que les scores de la version auto-rapportée vont de 41 à 80 ($M = 61,3$, $ET = 11,7$). Au total, 40,6 % des participants se trouvent dans la zone de difficultés cliniquement significatives (score T à partir de 70) selon leurs parents, tandis que le pourcentage est de 29,3 % pour la version auto-rapportée. La version rapportée par le parent et la version rapportée par le jeune pour l'échelle d'anxiété ne corrèlent pas de manière statistiquement significative ($r(22) = 0,07$, $p = 0,74$).

Questionnaire d'informations sociodémographiques et générales

Un questionnaire maison de 27 questions (voir Appendice B) a été rempli par les parents afin de recueillir des informations concernant la situation de vie de l'enfant (date et pays de naissance, fratrie, langue et religion) et de ses parents (état civil et situation conjugale, religion, niveau de scolarité et occupation, ainsi que le revenu familial). Le temps prévu pour répondre à ce questionnaire est de 10 minutes. Ce questionnaire a été rempli par les parents après l'entrevue avec l'assistante de recherche et a été retourné dans l'enveloppe préaffranchie qui leur a été fournie. Sur 30 questionnaires transmis, seul 21 (70 %) nous ont été retournés, ce qui explique le nombre réduit de questionnaires ayant pu être inclus dans les analyses.

Entrevue d'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview*; CAI; Shmueli-Goetz et al., 2008; Target, Fonagy, & Shmueli-Goetz, 2003; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1999)

Le CAI est une entrevue semi-structurée construite dans le but d'évaluer les représentations d'attachement chez l'enfant ou le jeune adolescent (8-15 ans) tout en tenant compte de ses capacités cognitives et linguistiques. Il est basé sur l'AAI (George et al., 1996), instrument largement utilisé et validé pour mesurer les représentations d'attachement chez les adultes (Hesse, 2016). Cependant, il comporte aussi quelques différences importantes. Ainsi, une approche plus flexible et appropriée d'un point de vue développemental a été préconisée pour aider les enfants avec les exigences de l'entrevue, sans en compromettre la validité. Par exemple, en raison des ressources attentionnelles

plus limitées durant l'enfance, l'entrevue est considérablement plus courte (19 questions) et elle met l'accent sur des événements ou des épisodes récents de l'enfant avec la FA plutôt que sur des récits rétrospectifs. De plus, l'entrevue est filmée et transcrite pour la codification.

Pour la présente étude, une version française du CAI, traduite par Mme Valérie Simard, chercheuse responsable de la présente étude, à partir de la version originale en anglais, a été utilisée. Deux systèmes de codification basés sur l'analyse du discours de l'enfant ont été appliqués au CAI : un pour coder l'attachement et l'autre pour coder la FR.

Système de cotation de l'attachement du CAI. La codification de l'attachement (Shmueli-Goetz et al., 2004) consiste en une analyse du discours du participant par un évaluateur qui attribue des scores sur plusieurs échelles continues (Ouverture émotionnelle, Colère préoccupée envers les figures paternelle et maternelle, Idéalisation des figures paternelle et maternelle, Détachement/dénigrement envers les figures paternelle et maternelle, Équilibre entre les références positives et négatives aux FA, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits et Cohérence globale; voir Appendice C) pour lesquelles un score de 1 à 9 est attribué. Les différentes combinaisons de ces scores constituent des profils uniques pour chaque catégorie d'attachement, soit : sécurisant, insécurisant détaché, insécurisant préoccupé ou désorganisé/contrôlant. L'évaluation de la désorganisation inclut aussi une attention particulière aux indices non verbaux de l'enfant,

ce qui est facilité par l'enregistrement vidéo de l'entrevue. La classification finale de l'attachement dans une de ces quatre catégories résulte du profil des scores obtenus aux sous-échelles (analyse *bottom-up*), ainsi que de l'évaluation des caractéristiques générales du discours (analyse *top-down*; voir Appendice D; Shmueli-Goetz et al., 2004; Shmueli-Goetz et al., 2008). Le système de codification de l'attachement appliqué au CAI présente de bons indices de fidélité test-retest (intervalles de trois mois et d'un an entre 76 % et 85 % pour les catégories d'attachement sécurisant et insécurisant) et de validité, et ce, tant au sein de populations cliniques que générales (Borelli, David, Crowley, & Mayes, 2010; Shmueli-Goetz et al., 2008). Il a également été démontré que la classification d'attachement obtenue au CAI est indépendante de l'âge, du genre, du statut socio-économique, de l'ethnie, du QI verbal et du type de famille (monoparentale ou nucléaire; Shmueli-Goetz et al., 2008). Bref, le CAI s'est avéré être un instrument fiable pour évaluer l'organisation de l'attachement autant à l'enfance qu'à l'adolescence (Privizzini, 2017).

Dans le cas de la présente étude, la cotation de la totalité des entrevues a été effectuée par Mme Valérie Simard, chercheure responsable de la présente étude, codificatrice certifiée (formée par Y. Shmueli-Goetz). La fidélité inter-juge dans le présent échantillon a été établie à partir de 33,3 % (10/30) des entrevues cotées également par une deuxième codificatrice indépendante certifiée (formée par Y. Shmueli-Goetz et J. Borelli). L'accord inter-juge pour la classification de l'attachement envers la mère, à deux groupes (sécurisé et insécurisé) et à quatre groupes, est « bon » ($k = 0,80$). L'accord inter-juge pour la classification de l'attachement envers le père, autant en deux qu'en quatre groupes,

est *excellent* ($k = 1,00$). Enfin, l'accord inter-juge est « bon » à « excellent » pour les échelles continues (corrélations interclasses; ICC allant de 0,75 à 0,96).

Échelle de FR appliquée au CAI. L'échelle de FR applicable au CAI (*Child Reflective Functioning Scale*; CRFS; Ensink, Target, Oandasan, & Duval, 2015) a été développée à partir de sept questions du CAI afin d'évaluer l'habileté de l'enfant à aborder ses relations interpersonnelles et ses comportements en termes d'états mentaux. La FR est cotée selon une échelle continue de 11 points allant de -1 à 9, où -1 correspond à une FR négative en raison du refus de la mentalisation ou encore d'une organisation bizarre et désintégrée du *self*, et où 9 correspond à une FR exceptionnelle (Ensink et al., 2015). Le CRFS comprend des scores individuels pour chacune des réponses (certaines questions entraînent plus d'une réponse : soi 1, soi 2 et soi 3, mère 1, mère 2 et mère 3, mère fâchée, père 1, père 2 et père 3, père fâché, soi bouleversé et chicane des parents) ainsi que des scores composites pour les deux dimensions ayant été soumises à une analyse factorielle (FR à l'égard de soi; FR-S et FR à l'égard des autres; FR-O). La codification des réponses individuelles se fait en fonction de différents critères, dont la présence ou l'absence d'états mentaux dans le discours de l'enfant, ainsi que le degré auquel l'enfant utilise des qualités propres à la FR pour comprendre les réactions personnelles et les interactions interpersonnelles. Les scores aux deux sous-échelles composites et celui de FR-G peuvent être calculés à partir de la moyenne statistique de l'ensemble des questions incluses (Ensink et al., 2015) ou en fonction du score le plus représentatif (coté selon des critères précis du manuel de cotation), ce qui a été le cas dans la présente étude. Le manuel de

cotation contient des exemples et des descriptions de différents niveaux et types de FR chez des enfants et des adolescents.

Malgré son développement récent, le CRFS présente des propriétés psychométriques robustes, telles qu'une fidélité inter-juge jugée excellente autant pour l'échelle de FR-G que pour les sous-échelles de FR-S et FR-O (ICC allant entre 0,60 et 1,00 avec une médiane de 0,93) et de bons indices de cohérence interne autant pour la sous-échelle de FR-S que pour celle de FR-O ($\alpha = 0,82$ et $0,88$ respectivement; Ensink, 2004). De plus, la fidélité test-retest de la FR des enfants est élevée sur une période de trois mois et adéquate pendant plus de 12 mois (Ensink et al., 2004).

Le CRFS est capable de discriminer la FR d'une population clinique (enfants exposés à l'abus sexuel) et non-clinique, ce qui témoigne de sa validité discriminante (Ensink, Normandin et al., 2015). La FR n'a pas été associée au sexe, mais a été associée positivement à l'âge : être un enfant plus âgé prédisait de meilleures capacités de mentalisation (Ensink, 2004; Ensink, Normandin et al., 2015). Cette variable a été prise en considération lors de la cotation de réponses de l'échantillon de la présente étude. Plus spécifiquement, les réponses des enfants plus âgés, par rapport à celles des enfants plus jeunes, ont été ajustées selon ce qui était attendu pour leur âge (Ensink et al., 2015). De plus, des analyses de corrélations effectuées dans cette étude n'ont pas permis de retrouver des associations entre la FR-G et l'âge du participant.

Fidélité inter-juge dans le présent échantillon. Toutes les entrevues de l'échantillon ont été cotées par l'auteur du présent mémoire doctoral (P. Burmester), tandis qu'une seconde codificatrice a fait une cotation indépendante de 27 % ($n = 8$) des entrevues, lesquelles furent sélectionnées au hasard. Les deux codificatrices sont certifiées pour coter la FR et ont toutes deux été formées par K. Ensink.

L'accord inter-juge a montré des corrélations interclasses (ICC) allant de 0,28 à 0,92 pour toutes les sous-échelles⁴. Pour l'échelle de FR-G, établie à partir du score le plus représentatif de l'ensemble des sous-échelles, l'ICC était de 0,67, ce qui équivaut à un *bon* accord (Cicchetti, 1994). Afin d'améliorer les cotations et de réduire l'erreur de mesure, les deux codificatrices ont procédé à une discussion des désaccords pour tous les scores ayant un écart de ± 2 sur une échelle de 10 points. Ensuite, la candidate a révisé et réajusté ses cotes pour tous les verbatims de l'échantillon de la présente étude et la deuxième codificatrice pour le 27 % des entrevues, ce qui a permis d'établir un nouvel accord inter-juge. Celui-ci a montré des accords jugés *excellents* (allant de 0,83 à 0,98) pour toutes les sous-échelles, sauf pour la sous-échelle « père fâché », dont l'accord était *bon* (ICC de 0,63). Enfin, en ce qui concerne la sous-échelle de FR-G, une seconde ICC de 0,90 a été établie, ce qui représente un accord *excellent*.

⁴ Il faut noter que l'accord inter-juge n'a pas pu être calculé pour certaines sous-échelles (trois) dû à un manque de variabilité dans les scores.

Analyses effectuées

Objectif 1

Des analyses descriptives de fréquences ont été effectuées afin de répondre au premier objectif de recherche, qui est de vérifier la distribution de la FR-G, telle que mesurée par la CRFS appliquée au CAI, au sein de l'échantillon. Ensuite, des tests t pour groupes indépendants ont été effectués afin de comparer la distribution de la FR-G du présent échantillon à celle d'un échantillon non-clinique de référence.

Objectif 2

Conformément au deuxième objectif, des corrélations bivariées de Pearson ont été effectuées afin d'explorer les relations entre le niveau d'anxiété mesuré par le questionnaire BASC-2 et le niveau de FR-G (CRFS).

Objectif 3

Conformément au troisième objectif, des corrélations bisérielles ont été effectuées afin d'explorer les relations entre l'absence et la présence des catégories diagnostiques du K-SADS-PL ayant un n suffisant dans l'échantillon (phobie spécifique et TAG) et le niveau de FR-G (CRFS). Des corrélations d'ordre zéro ont également permis d'explorer des associations entre la présence ou l'absence de troubles comorbides (comorbidité au sens large, comorbidité avec un autre trouble anxieux, comorbidité avec un trouble de l'humeur et comorbidité avec un TDA/h) et le niveau de FR-G.

Objectif 4

Finalement, des modèles de régression linéaire multiple séquentielle ont permis de vérifier si la sécurité d'attachement envers les parents prédit le score de FR-G des enfants et adolescents anxieux, tel que mesuré par la CRFS appliquée au CAI, et ce, en contrôlant pour les covariables sociodémographiques ayant été identifiées.

Résultats

Objectif 1 : Distribution de la FR-G et comparaison à un échantillon de référence

Les résultats des enfants et adolescents au CRFS montrent une FR-G moyenne de 4,5 ($ÉT = 1,33$). Une distribution normale de la variable FR-G dans l'échantillon a permis d'effectuer des analyses statistiques paramétriques. Des tests t à groupes indépendants ont été réalisés afin de comparer la moyenne du présent échantillon à celle du groupe de comparaison non-clinique de l'étude de Borelli et al. (2018; $M = 3,25$, $ÉT = 1,02$). Ce groupe était composé de 76 enfants américains âgés de 8 à 12 ans ($M = 9,82$, $ÉT = 1,47$) d'un niveau socio-économique moyen. Les résultats du test t révèlent des différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores de FR-G des deux groupes. Plus précisément, le score de FR-G du présent échantillon est significativement plus élevé que celui du groupe de comparaison non-clinique ($t(72) = -4,40$, $p < 0,001$).

Caractéristiques des participants ayant des scores extrêmes de FR-G

Une analyse à posteriori a été conduite afin de tenter de caractériser les participants ayant obtenu les scores les plus élevés (6 ou plus) et les plus faibles (3 ou moins) de FR-G (voir Tableau 1) et comprendre davantage le résultat précédent indiquant que les scores de RF-G soient plus élevées, en moyenne, dans le présent échantillon de jeunes anxieux, comparativement à l'échantillon non-clinique de référence. Cette analyse permet de dégager deux principaux résultats. D'abord, les jeunes ayant un faible score de FR-G ont tous un attachement insécurisant-détaché envers leur mère, tandis que ceux

ayant un score élevé de FR-G ont tous un attachement sécurisant envers celle-ci. Une observation similaire peut être faite en lien avec l'attachement envers le père (voir Tableau 1). Enfin, les jeunes ayant des scores de FR-G faibles tendent à présenter un plus grand nombre de diagnostics au K-SADS-PL, comparativement aux jeunes avec un score de FR-G élevé qui, en majorité, ne présentent aucune comorbidité.

Tableau 1

Caractéristiques des participants ayant des scores extrêmes de FR-G

N° Part.	Score RF-G	Catégorie d'attachement		Nb. Diag. Tr. Anxieux K-SADS-PL	BASC-2 ¹	
		Mère	Père		Mère	Auto-rapporté
1	2	Détaché	Détaché	1	-	68
2	2	Détaché	Sécurisant	2	57	73
3	2	Détaché	Détaché	2	79	57
4	3	Détaché	Détaché	2	75	50
5	3	Détaché	Détaché	2	64	45
6	3	Détaché	Sécurisant	3	65	52
7	6	Sécurisant	Sécurisant	1	72	41
8	6	Sécurisant	Sécurisant	2	55	44
9	6	Sécurisant	Sécurisant	1	64	50
10	6	Sécurisant	Sécurisant	1	62	60
11	7	Sécurisant	Sécurisant	1	72	80

Note. Les scores du BASC-2 sont des scores T. Un score élevé indique un plus grand niveau d'anxiété. Si $T \geq 70$, l'anxiété du participant se retrouve dans la zone clinique.

Analyses préliminaires pour répondre aux objectifs 2 à 4

Afin d'identifier de potentielles covariables, des analyses ont été effectuées pour vérifier la présence d'associations significatives entre la FR-G et les variables

sociodémographiques âge, niveau de scolarité parental, revenu familial et genre. Les scores de FR-G ne sont pas associés au niveau de scolarité parental, au revenu familial ou à l'âge du participant. Cependant, le score de FR-G diffère significativement en fonction du genre ($t(28) = -2,42, p = 0,02$). Plus précisément, le score de FR-G des filles ($M = 4,9, \acute{E}T = 1,21$) est plus élevé que celui des garçons ($M = 3,8, \acute{E}T = 1,28$). Cette covariable a donc été incluse dans les analyses subséquentes.

Objectif 2 : Associations entre la FR-G et les symptômes anxieux (BASC-2)

Conformément à l'objectif 2 de cette étude, des corrélations bivariées de Pearson ont été effectuées afin de vérifier les relations entre les scores à l'échelle d'anxiété (BASC-2 rapporté par la mère et BASC-2 auto-rapporté) et la FR-G du jeune. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée. Puisque la FR-G est associée au genre du participant, dans un deuxième temps, des analyses de corrélation ont été réalisées séparément pour les garçons et pour les filles. Cependant, aucune corrélation statistiquement significative n'a été obtenue non plus. L'anxiété, telle que mesurée par le BASC-2, n'est pas associée à la FR-G des enfants et adolescents du présent échantillon.

Objectif 3 : Associations entre la FR-G, certains troubles anxieux spécifiques (K-SADS-PL) et les troubles comorbides (K-SADS-PL)

Conformément au troisième objectif de cette étude, des corrélations bisérielles de point ont été effectuées afin de vérifier les relations entre l'absence ou la présence d'un trouble anxieux spécifique (TAG ou phobie spécifique) et la FR-G du jeune. Ensuite, ces

mêmes analyses ont permis de vérifier les associations entre chaque trouble comorbide inclus (toute comorbidité, comorbidité avec autre trouble anxieux, avec un trouble de l'humeur et avec un TDA/h) et la FR-G. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée. Puisque la FR-G est associée au genre du participant, dans un deuxième temps, des analyses de corrélations bisérielles de point ont été réalisées séparément pour les garçons et pour les filles. Cependant, aucune corrélation statistiquement significative n'a été obtenue non plus. L'anxiété, telle que mesurée par le K-SADS-PL, n'est pas associée à la FR-G des enfants et adolescents du présent échantillon.

Objectif 4 : La sécurité d'attachement comme variable prédictive de la FR-G

La distribution des classifications de l'attachement à la mère, tel qu'évalué par le CAI est la suivante ; 18 participants (60 %) ont une classification d'attachement sécurisant et 12 participants (40 %) ont une classification d'attachement insécurisant (11; 37,7 % de type détaché et 1; 3,3 % de type préoccupé). Concernant l'attachement envers le père, 15 (50 %) participants ont un attachement sécurisant, et 14 (46,7 %) ont un attachement insécurisant, dont 12 (40 %) ont un attachement détaché et 2 (6,7 %) ont un attachement préoccupé. À noter qu'un des enfants n'avait pas de figure d'attachement paternelle. Aucun participant ne présente un attachement désorganisé/contrôlant envers l'une ou l'autre des FA dans le présent échantillon. Étant donné l'absence d'attachement désorganisé/contrôlant et la faible prévalence d'attachement insécurisant préoccupé dans le présent échantillon, l'ensemble des analyses ont été réalisées en comparant l'attachement sécurisant et l'attachement insécurisant, sans égard au type d'insécurité.

Des modèles de régression linéaire multiple séquentielle ont été testés pour répondre au quatrième et dernier objectif de cette étude visant à vérifier si la catégorie d'attachement envers les parents prédit la FR-G des enfants et adolescents anxieux. Deux modèles de régression ont été testés ; un premier modèle inclut l'attachement envers la mère et un second, l'attachement envers le père, comme prédicteur. Afin de contrôler pour le genre, l'entrée des données dans chacun des deux modèles s'est faite en deux blocs successifs, soit : 1) genre du jeune et 2) attachement envers la mère ou le père (sécurisant vs insécurisant). Les résultats au premier modèle (attachement envers la mère) indiquent que le genre est un prédicteur significatif de la FR-G des enfants ou adolescents (voir Tableau 2). De plus, l'entrée de la variable prédictive attachement envers la mère dans le bloc 2 ajoute significativement au modèle, l'attachement insécurisant envers la mère prédisant une FR-G plus faible ($\beta = -0,61, p < 0,01$). La proportion de variance dans les scores de FR-G des participants qui est expliquée par le modèle final est de 43 %.

Les résultats du second modèle indiquent que le genre est un prédicteur significatif de la FR-G des enfants ou adolescents (voir Tableau 3). De plus, l'entrée de la variable prédictive attachement envers le père dans le bloc 2 contribue significativement à la variabilité de la FR-G, l'insécurité d'attachement envers le père prédisant une FR-G plus faible ($\beta = -0,57, p < 0,05$). La proportion de variance dans les scores de FR-G des participants qui est expliquée par le modèle final est de 40 %.

Tableau 2

L'attachement envers la mère comme prédicteur du score de FR-G du participant, en contrôlant pour le genre

	ΔR^2	ΔF	ddl	β
Bloc 1				
Genre	0,14	5,84*	1,28	0,42
Bloc 2				
Attachement insécurisant envers la mère	0,29	15,34**	1,27	-0,61

Note. La catégorie de référence est « attachement sécurisant envers la mère »

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 3

L'attachement envers le père comme prédicteur du score de FR-G du jeune, en contrôlant pour le sexe

	ΔR^2	ΔF	ddl	β
Bloc 1				
Genre	0,15	6,36**	1,28	0,43
Bloc 2				
Attachement insécurisant envers le père	0,25	12,45*	1,27	-0,57

Note. La catégorie de référence est « attachement sécurisant envers le père »

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Discussion

Ce mémoire doctoral avait pour objectif général d'étudier les liens entre la FR-G d'enfants âgés de 8 à 16 ans consultant en clinique pédopsychiatrique spécialisée dans le traitement des troubles anxieux, leurs représentations d'attachement et leurs symptômes d'anxiété. Le premier objectif visait à décrire la distribution de la FR-G au sein de l'échantillon et à le comparer à un échantillon non-clinique de référence. Le deuxième objectif de cette étude était de vérifier les possibles associations entre le niveau de symptômes anxieux des enfants et leur niveau de FR-G. Ensuite, le troisième objectif était d'explorer si certains troubles anxieux spécifiques et particulièrement prévalents dans le présent échantillon (TAG, trouble de phobie spécifique), de même que la présence de troubles comorbides (présence ou absence de comorbidité au sens large, d'un autre trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur, d'un TDA/h) étaient associés au score de FR-G des enfants et des adolescents anxieux. Finalement, le quatrième objectif avait pour but de vérifier si l'attachement du jeune envers chaque figure d'attachement prédit la FR-G des enfants ou adolescents anxieux.

Les résultats obtenus en lien avec chacun de ces objectifs et les hypothèses associées seront discutés dans les prochaines sections. Ensuite, les forces et principales limites de l'étude seront présentées, ainsi que des pistes de recherches futures.

Distribution de la FR-G et comparaison avec un échantillon non-clinique

Le premier objectif visant à vérifier la distribution de la FR-G au sein de l'échantillon nous amenait à formuler l'hypothèse selon laquelle le niveau de FR-G des enfants ou adolescents anxieux du présent échantillon serait plus faible que le niveau attendu de FR-G chez les enfants issus de la population générale. Cette hypothèse n'a pas été confirmée par nos analyses. Au contraire, les résultats montrent une FR-G moyenne significativement plus élevée que celle du groupe de comparaison de l'étude de Borelli et al. (2018), ce qui semble indiquer que les jeunes anxieux mentalisent mieux que leurs pairs non anxieux. En effet, le score moyen des participants de l'échantillon non clinique de Borelli et al. (2018) témoigne du fait que ces participants, d'âge comparable à ceux du présent échantillon, font peu référence aux états mentaux dans leurs récits qui incluent plutôt des descriptions physiques et comportementales des événements. De plus, lorsque mentionnés, les états mentaux sont rapportés de manière simple et avec peu d'élaboration spontanée. En revanche, les récits des jeunes anxieux du présent échantillon incluent l'utilisation d'exemples ayant recours de manière spontanée à des états mentaux, bien que leur élaboration demeure simple. Il faut tout de même noter que les narratifs de ces jeunes ne sont pas homogènes (plus élaborés dans certaines sphères et moins dans d'autres), ce qui suggère que leur FR-G, bien que présente, n'est pas encore fermement établie comme mode primaire pour comprendre l'expérience (Ensink, Target et al., 2015) ou pourrait varier en fonction des thèmes abordés.

Somme toute, les participants de la présente étude semblent avoir de meilleures capacités de mentalisation que ceux du groupe non-clinique de comparaison, ce qui indique qu'il est possible que les troubles anxieux n'impliquent pas la présence de déficits sur le plan de la FR-G. Par ailleurs, leur étiologie pourrait être plutôt influencée par la présence de déficits précis versus plus généraux de FR. La prise en compte de mesures plus raffinées pouvant inclure l'étude des dimensions de la mentalisation ou des modes de fonctionnement pré-mentalisans pourrait permettre d'identifier des tels déficits plus précis.

Associations entre la FR-G, l'anxiété et les troubles comorbides

Deux des objectifs de recherche visaient à investiguer les associations entre l'anxiété des enfants et adolescents du présent échantillon et leur FR-G. Tandis que le deuxième objectif comprenait l'étude des symptômes anxieux tels que mesurés par un questionnaire, le troisième objectif impliquait l'étude de cette même variable à partir d'une entrevue diagnostique. Ce dernier objectif visait également à explorer les associations avec les comorbidités et la FR-G. Dans le premier cas, la recension des écrits permettait de formuler l'hypothèse selon laquelle l'anxiété serait corrélée négativement au niveau de FR-G de l'échantillon. Cette hypothèse n'a pas été corroborée par la présente étude. Dans le deuxième cas, aucune hypothèse n'avait été formulée étant donné l'aspect exploratoire de cet objectif, mais les résultats ne démontrent pas non plus d'associations significatives entre les variables en question.

Ces résultats sont surprenants étant donné le rationnel théorique suggérant l'existence d'une relation négative entre ces deux variables, soit que la présence de psychopathologie (Bouchard et al., 2008; Fonagy et al., 2012; Fonagy et Target 1997 ; Sharp, 2006; Sharp & Venta, 2012), comme un niveau plus élevé d'anxiété, pourrait être lié à une faible FR. D'ailleurs, les quelques études empiriques s'étant intéressées à cette thématique soulignaient déjà cette même tendance chez les jeunes ayant un trouble anxieux (Breinholst et al., 2018; Esbjørn et al., 2013; Ostler et al., 2010).

Une hypothèse possible afin d'expliquer l'absence de lien entre ces variables réfère aux caractéristiques du présent échantillon en ce qui concerne la variable attachement. Ainsi, le présent échantillon est constitué principalement de participants ayant un attachement sécurisant autant envers la figure maternelle que paternelle, ce qui ressemble davantage à ce qui est observé dans l'échantillon non-clinique (vs clinique) de l'étude de validation du CAI (Shmueli-Goetz et al., 2008). Ceci pourrait témoigner d'un biais de sélection expliqué par le fait que, parmi les familles dont l'enfant présente un trouble anxieux, celles qui acceptent de participer à l'étude sont celles dont le fonctionnement est le moins atteint, donc le moins susceptible de présenter des problèmes de mentalisation et d'attachement.

Étant donnée la relation étroite entre la mentalisation et l'attachement confirmée par les résultats de cette étude (se référer à la section suivante pour une discussion précise du lien entre ces variables), il est possible de penser que les difficultés au niveau de la FR-

G, telle que mesurée par le CRFS, soient présentes uniquement chez les enfants anxieux ayant un attachement insécurisant. En effet, l'analyse détaillée centrée sur la personne a permis de constater que la FR-G des jeunes du présent échantillon varie de faible à élevée, comme dans la population générale, et donc qu'elle est probablement liée à l'attachement puisqu'elle se développe dans ce contexte. Ainsi, les résultats à cette analyse descriptive ont permis de constater de faibles scores de FR-G uniquement chez les enfants anxieux à l'attachement insécurisant de type détaché. Il importe de noter que, puisque l'attachement de type insécurisant préoccupé est quasi inexistant dans l'échantillon de la présente étude, cette observation n'a pas pu être constatée chez les enfants anxieux ayant ce type d'attachement et donc les résultats doivent être interprétés avec prudence.

L'anxiété des enfants du présent échantillon pourrait également s'expliquer par d'autres facteurs du modèle tels que la présence d'événements de vie stressants, le tempérament ou la génétique du jeune ainsi que les styles parentaux contrôlant ou surprotecteur (Broeren et al., 2013; Broeren et al., 2014; Gere et al., 2012; Klein, 2009; Manassis et al., 2004; Nanda, 2016).

Lorsque l'anxiété est considérée d'un point de vue diagnostique (K-SADS-PL), il est aussi possible de penser que la présence de déficits sur le plan de la FR-G soit plus prédominante parmi des classifications anxieuses autres que celles du TAG et de la phobie spécifique, soit les deux seuls troubles anxieux inclus dans les analyses de la présente étude étant donnée leur importante prévalence au sein de l'échantillon. Ceci pourrait être

le cas de l'anxiété sociale, dont les déficits sur le plan des habiletés sociales seraient liés à une difficulté à comprendre et à gérer des situations sociales impliquant plusieurs états mentaux (Banerjee, 2008) ou même liés à un excès de mentalisation qui émergerait lors de situations sociales précises, dans lesquelles ces individus se sentiraient directement impliqués (Ballespi et al., 2019). Pour sa part, le trouble panique serait lié à l'évitement des représentations mentales affectives parfois conflictuelles qui, par leur grande charge émotionnelle, sont difficiles à reconnaître et à accepter dans l'esprit. Ainsi, certains auteurs suggèrent que l'évitement des états mentaux (p. ex. des émotions ou des désirs) pourrait provoquer des attaques de panique chez des individus ayant de la difficulté à adresser, à comprendre et donc à se représenter ces émotions (Keefe et al., 2019; Rudden, Milrod, Meehan, & Falkenstrom, 2009).

De plus, bien que dans le cadre de la présente recherche l'anxiété ne soit pas associée à la FR-G selon une approche statistique, une analyse descriptive des profils des participants a permis de constater la présence de plus de diagnostics de troubles anxieux chez les participants ayant obtenu les scores les plus faibles de FR-G. Cette observation semble correspondre aux résultats obtenus par Bouchard et al. (2008), quoi qu'en population adulte. En effet, leur étude menée auprès d'une population clinique et non-clinique de 73 adultes signale des associations entre des faibles scores de FR à l'AAI et la présence de plus de diagnostics psychiatriques, autant de l'axe I que de l'axe II du DSM-III-R. Tel que suggéré par Bouchard et al. (2008), il est possible que la FR-G facilite la régulation des affects perturbateurs, en amortissant de manière symbolique l'impact de

comportements des autres sur l'esprit. Par l'attribution des états mentaux de manière juste, la FR donnerait une signification aux expériences vécues par les individus, leur permettant ainsi l'intériorisation de récits internes cohérents qui facilitent une attitude réflexive envers soi. Donc, malgré le fait que ni l'attachement de l'enfant, ni la FR-G ne semble être au cœur de la problématique de l'anxiété, du moins dans notre échantillon, il est tout de même possible de penser que la mentalisation joue un rôle quelconque sur l'anxiété. En effet, l'absence de liens entre la FR-G et l'anxiété n'écarte pas la possibilité que de tels liens existent avec certaines dimensions spécifiques de la mentalisation qui n'ont pas pu être évaluées dans le cadre de la présente étude. De plus, la FR d'un point de vue global ne permettrait pas de rendre compte des associations spécifiques potentielles entre l'anxiété, autant du point de vue dimensionnel que catégoriel et les dimensions de la mentalisation. En ce sens, l'anxiété sévère pourrait être caractérisée par un déséquilibre sur l'un ou l'autre des quatre grands axes de la mentalisation (automatique vs contrôlée, centrée sur les caractéristiques internes vs externes, centrée sur soi vs sur les autres et cognitive ou affective) et à des déficits dans la capacité à considérer les deux pôles d'un même axe de façon équilibrée. Par exemple, des déficits plus saillants pourraient se retrouver sur le plan de la dimension contrôlée-automatique qui est liée à la modulation et à l'expression des états mentaux et dont le bon équilibre prévient l'activation des réponses de combat ou de fuite typiques des pathologies anxieuses. Une autre option pourrait inclure des difficultés, chez les enfants anxieux, à trouver un juste équilibre entre les dimensions cognitive et affective de la mentalisation. Rappelons que cet équilibre réfère à la capacité de privilégier une perspective plus cognitive et rationnelle d'une situation à certains moments et, à

d'autres, d'adopter une perspective plus affective (Debbané, 2016). Enfin, une mentalisation complète implique aussi de pouvoir moduler et exprimer des états mentaux, ce qui, idéalement, permettrait une régulation émotionnelle efficace ultérieurement (Fonagy et al., 2012).

Dans le cas de la présente étude, bien que le score moyen de FR-G de l'échantillon indique la présence d'un vocabulaire faisant référence aux états mentaux, l'élaboration des réponses demeure simple (p. ex., utilisant souvent d'autres adjectifs similaires dans l'élaboration ultérieure des réponses). Par ailleurs, ce score ne permet pas de croire que la mentalisation soit solidement acquise et suffisante pour en faire un usage de manière autonome et qu'elle permette d'assurer une régulation des émotions efficace (Ensink et al., 2015).

Rappelons qu'Ostler et al. (2010) signalent que comme la mentalisation implique la régulation interne de l'émotion par la pensée, les personnes qui mentalisent mieux peuvent mieux tolérer les sentiments de colère, d'anxiété, de honte et de tristesse. En ce sens, Mathews et al. (2016) ont aussi rapporté dans le cadre de leur méta-analyse que les jeunes anxieux seraient, entre autres, moins bons dans l'expression de leurs émotions, seraient moins conscients de celles-ci et les accepteraient plus difficilement que les jeunes ne présentant pas de symptômes d'anxiété. L'abondance de recherches suggérant des liens entre les troubles anxieux et la présence de difficultés sur le plan de la régulation des affects (Broeren et al., 2013; Esbjørn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck, & Ollendick,

2012; Suveg et al., 2009; Suveg & Zeman, 2004) nous permet de suggérer l'hypothèse selon laquelle les difficultés de mentalisation chez les enfants anxieux demeurent plus spécifiques (p. ex., concernant l'équilibre entre les dimensions cognitive et affective de la FR qui est plus étroitement liée à la régulation émotionnelle) que générales.

Il est également possible que les déficits de mentalisation chez les enfants ayant un trouble anxieux soient spécifiques à la mentalisation de certains états mentaux, dont les émotions dites négatives, comme la colère ou la tristesse; ce que nos analyses n'ont pas permis de vérifier, mais qui serait intéressant de faire dans le cadre de futures recherches. En effet, certaines études, comme celle de Folk et al. (2014), concluent que la présence de difficultés de régulation de la colère, de la tristesse et des inquiétudes prédit le développement d'une symptomatologie anxieuse chez les enfants d'âge scolaire deux ans plus tard. De même, Keyes, McLaughlin, Vo, Galbraith et Heimberg (2016) suggèrent dans leur étude, à partir des données de l'étude nationale américaine sur la comorbidité (2001-2004 *U.S. National Comorbidity Survey*), que les adolescents âgés de 13 à 18 ans avec un trouble anxieux, diagnostiqué par le biais d'une entrevue structurée suivant les critères diagnostiques du DSM-IV (*Composite International Diagnostic Interview*; CIDI), ont une prévalence plus élevée de crises de colère (68,5 %) et de diagnostic du Trouble intermittent explosif (22,9 %) que les adolescents sans trouble anxieux (48,6 % et 7,8 %, respectivement), en particulier ceux ayant un diagnostic d'anxiété sociale et de trouble panique. Ces auteurs proposent qu'un individu anxieux peut exprimer une colère extrême ou disproportionnée afin d'éviter ou de se désengager du stimulus qui est source de peur.

De plus, les personnes souffrant d'anxiété peuvent montrer des difficultés à exprimer des états émotionnels négatifs, ce qui peut entraîner une excitation physiologique accrue, qui peut ultimement se traduire par des manifestations intenses de colère et d'agressivité.

Suivant ces idées, certaines études ont suggéré des liens entre l'anxiété et la *FR spécifique au symptôme* (FR-SS; Rudden, Milrod, Target, Ackerman et Graf, 2006; Rudden et al., 2009), un construit psychologique novateur faisant référence à la capacité des individus à réfléchir à propos de leurs expériences symptomatologiques à partir de leur signification émotionnelle et psychologique. Donc, ce ne serait pas la FR-G des jeunes qui serait compromise, mais plutôt leur FR-SS, soit la FR relative à leur anxiété. Par ailleurs, les mesures de FR-SS misent notamment sur l'évaluation de la capacité de l'individu à réfléchir à son propre comportement plutôt qu'à celui des autres (Safran & Muran, 2000), donc ces mesures semblent évaluer la capacité de mentalisation dans sa dimension centrée sur soi. L'étude de Rudden, et al., (2006), par exemple, portant sur 26 patients adultes atteints du trouble panique, démontre que la capacité des participants à réfléchir aux états mentaux liés à leurs symptômes est altérée, contrairement à leurs capacités de FR-G, qui ne le sont pas. Dans le même ordre d'idées, il est possible de penser que les enfants anxieux font aussi preuve d'une bonne CM à *froid*, par exemple lors de la passation du CAI (en dépit des thèmes difficiles qui y sont abordés), mais que leur niveau de mentalisation diminue lorsqu'ils sont confrontés à l'objet ou à la situation à l'origine de l'inquiétude ou de la peur.

Finalement, il est également possible que la FR-G soit moins associée à l'anxiété qu'à la psychopathologie d'un point de vue général. Les troubles anxieux pourraient émerger lorsque les difficultés de mentalisation sont combinées à d'autres facteurs de risque. Donc, les déficits sur le plan de cette compétence pourraient mettre les jeunes à risque de développer une psychopathologie de manière générale plutôt que de les rendre vulnérables au développement d'un trouble anxieux. En revanche, la présence d'une bonne CM pourrait également aider à prévenir le développement de problèmes de santé mentale et dans ce sens être considérée comme un facteur de protection des troubles anxieux.

Enfin, étant donné la relation étroite entre les capacités de mentalisation et les capacités de régulation émotionnelle, des études permettant de mettre en relation ces difficultés, sous l'angle de la mentalisation, seraient davantage nécessaires pour comprendre le type de défaillances associées à l'anxiété pathologique chez les enfants et adolescents. De plus, ne permettant pas d'étudier le rôle des dimensions spécifiques de la mentalisation sur l'anxiété, la présente étude permet néanmoins de souligner la pertinence de poursuivre des recherches pouvant explorer de tels liens.

Associations entre la FR-G et l'attachement chez les enfants et adolescents anxieux

Le quatrième et dernier objectif de cette étude était de vérifier si la catégorie d'attachement envers les parents prédit la FR-G des enfants et adolescents anxieux. En lien avec cet objectif, il était attendu que l'attachement de type sécurisant (envers la mère

et le père) prédise des scores plus élevés de FR-G que l'attachement de type insécurisant, ce qui a été le cas dans la présente étude.

Les résultats obtenus sont en accord avec l'argument justifiant une relation étroite entre la FR et l'attachement (Fonagy & Target, 1997), ainsi qu'avec les modèles théoriques proposant que la CM de l'enfant évolue de manière optimale au sein d'une relation d'attachement sécurisante entre l'enfant et sa FA, généralement la mère (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2007). En effet, compte tenu de ces résultats, il est nécessaire de rappeler que l'enfant dépend de la fonction miroir de sa FA pour développer les premières traces mentales de son expérience affective et construire, graduellement, un ensemble de représentations mentales qui lui permettent de comprendre ses expériences internes et de réguler ses émotions (Allen et al., 2008; Fonagy & Target, 2007; Fonagy et al., 2004). Ainsi, les enfants à l'attachement sécurisant sont plus enclins à être à l'aise d'explorer leurs états mentaux et d'exprimer leurs difficultés. De plus, la curiosité authentique de la part de leurs parents à connaître ce qui se passe dans leur esprit aurait un impact sur le développement chez les enfants des représentations mentales cohérentes à propos de soi et des autres. Le lien observé dans la présente étude entre la FR-G et l'attachement à la mère et au père porte à croire que les niveaux élevés de RF sont bel et bien au reflet de la réalité des jeunes du présent échantillon et non de l'erreur de mesure (p. ex., au niveau du CAI, du système de codification ou encore de la cotation). En d'autres mots, le fait que l'on observe le lien attendu entre la RF et l'attachement ajoute foi en nos résultats par ailleurs surprenants.

L'analyse détaillée centrée sur la personne permet de constater des associations plus précises entre des faibles scores de FR-G et l'attachement insécurisant de type détaché. Ceci serait cohérent avec les résultats retrouvés dans l'étude de Borelli et al. (2018) ainsi qu'avec les constats de Mikulincer et al. (2003), qui soulignent que les stratégies de régulation émotionnelle utilisées par les enfants à l'attachement détaché, soit celles de *désactivation* du système d'attachement, ont des répercussions importantes sur leur niveau d'ouverture cognitive et émotionnelle. Selon Mikulincer et al. (2003) les enfants à l'attachement détaché cherchent à garder sous contrôle leurs besoins d'attachement afin d'éviter la frustration et la détresse liées à l'indisponibilité de la FA. Pour ce faire, ils inhibent la recherche de soutien, ont tendance à gérer le stress de manière autonome et indépendante, évitent l'intimité, la proximité et la dépendance et maximisent la distance cognitive, émotionnelle et physique d'avec les autres. Donc, ces stratégies pourraient avoir un impact sur la disponibilité des ressources pour l'exploration du contenu mental et par conséquent sur le développement optimal de la FR-G. Il serait intéressant d'explorer, dans le cadre des recherches futures, si des associations entre des faibles scores de FR-G et l'attachement insécurisant de type préoccupé sont aussi retrouvées dans des échantillons avec une plus grande prévalence ce de groupe d'attachement.

Sur le plan empirique, ces résultats soutiennent également ceux des études prospectives indiquant une association entre la présence de facteurs, chez les parents,

pouvant stimuler le développement ultérieur d'un attachement sécurisant chez leurs enfants. Notamment, les études de Fonagy, Steele & Steele (1991) et d'Ensink, Normandin et al. (2016), suggèrent toutes deux que la mentalisation des mères, au sujet de leurs propres relations d'attachement durant leur enfance, avait d'importantes répercussions au cours de leur transition vers le rôle de parent puisqu'une FR plus élevée chez elles (dans le AAI) prédisait la sécurité d'attachement chez leurs enfants. Ensink, Normandin et al. (2016) expliquent dans leur étude que la mentalisation semble particulièrement aider les mères à s'autoévaluer et à éviter d'adopter des comportements parentaux négatifs témoignant probablement de modes de fonctionnement prémentalisans (p. ex., le mode téléologique où les états mentaux sont traduits en actions qui ne considèrent pas l'intentionnalité de l'enfant), qui nuiraient au développement d'un attachement sécurisant chez leurs bébés.

Les résultats obtenus s'inscrivent également dans la lignée de la récente étude de Bizzi et al. (2018) ainsi que des études classiques de Fonagy et al. (1997) et Meins et al. (1998) mesurant la mentalisation ou des capacités connexes à la mentalisation (p. ex., TdE) respectivement en fonction du groupe d'attachement de l'enfant. En effet, selon ces études, ces capacités seraient davantage développées chez les enfants ayant un attachement sécurisant envers leur mère et suggèrent donc la présence de possibles trajectoires développementales entre la sécurité d'attachement à l'enfance et le développement ultérieur de la FR ou de capacités cognitives reliées.

Enfin, des recherches portant sur la maltraitance soutiennent également le rôle de l'attachement sécurisant dans le développement et l'utilisation de la mentalisation. Les études ont démontré que les traumatismes précoces au niveau de l'attachement pouvaient altérer la FR chez l'enfant et que la possibilité de maintenir une FR satisfaisante, malgré les abus ou les traumatismes, est un facteur de protection pouvant contribuer à une meilleure adaptation psychologique et à une moindre détresse personnelle (Allen, 2013; Ensink, Normandin et al., 2015; Ensink, Bégin et al., 2016; Ensink, Normandin et al., 2016; Fonagy et al., 1994; Slade et al., 1999).

En somme, il se dégage de ces résultats la nature essentielle des relations précoces d'attachement étant donné leur influence sur le développement de la FR des enfants et adolescents, une compétence cruciale pour l'anticipation des comportements des autres et pour la compréhension autant de soi que des interactions sociales. Cependant, les résultats de la présente étude suggèrent que la FR et l'attachement ne sont que deux facteurs parmi d'autres pouvant contribuer à la pathologie anxieuse. En tant que groupe, les jeunes ayant un trouble anxieux semblent ne pas présenter davantage de déficits au plan de leur capacité de mentalisation ou au niveau de leur attachement à leurs parents. Cependant, une analyse détaillée au cas par cas indique que parmi ce groupe hétérogène, les jeunes à l'attachement insécurisant détaché et ayant une faible RF tendent à présenter plus de diagnostics de troubles anxieux, indiquant une atteinte plus sévère.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Ces résultats sont importants et permettent notamment de faire avancer les connaissances portant sur les associations entre la FR et l'attachement chez l'enfant et l'adolescent. Au plan clinique, les résultats de ce mémoire permettent de soutenir l'importance de développer des programmes d'interventions axées sur la mentalisation lorsque des difficultés d'attachement sont présentes. La psychothérapie, peu importe l'approche, a le potentiel de recréer une expérience émotionnellement corrective où une relation d'attachement sécurisante se développe et où la CM prospère.

La présente étude comporte plusieurs limites. Au niveau de la variable attachement, le fait que le présent échantillon comporte très peu de participants à l'attachement préoccupé et aucun à l'attachement désorganisé n'a pas rendu possible de faire avancer les connaissances sur les liens spécifiques entre les sous-types d'attachement insécurisant et la FR-G au sein des troubles anxieux.

Finalement, des limites en termes de puissance statistique n'ont pas permis d'examiner les liens entre les variables à l'étude et les classifications anxieuses autres que la phobie spécifique et le TAG. Des recherches futures pourraient s'intéresser aux associations entre différentes symptomatologies anxieuses et la FR-G, ainsi qu'aux liens entre celles-ci et les différentes dimensions de la FR ou de la FR liée à certains états mentaux spécifiques. Par ailleurs, Fonagy et al. (2012) ont suggéré que l'évaluation de la CM implique d'identifier un profil spécifique à travers une gamme de dimensions, qui

seraient affectées différemment selon le contexte. Considérant que l'observation clinique est la seule méthode permettant de rendre compte des profils spécifiques de la mentalisation opérationnalisée en fonction des dimensions, il serait intéressant de développer d'autres types de mesures fiables pouvant évaluer la mentalisation selon cette conceptualisation.

Conclusion

Le présent mémoire avait pour objectif de documenter la FR-G, son lien aux représentations d'attachement et à l'anxiété chez 30 enfants et adolescents âgés de 8 à 16 ans consultant une clinique de pédopsychiatrie pour leur trouble anxieux.

Des analyses descriptives et paramétriques ont servi à évaluer et à décrire les variables à l'étude. Les résultats des analyses descriptives indiquent que les enfants de l'échantillon présentent une FR-G statistiquement plus élevée que celle d'un groupe de comparaison non-clinique, ce qui est surprenant étant donné le rationnel théorique ainsi que les résultats obtenus dans le cadre de quelques études empiriques amenant à croire qu'un niveau plus élevé d'anxiété pourrait indiquer la présence d'une plus faible FR-G. Une analyse à posteriori permettant de caractériser les profils des participants ayant des scores de FR-G extrêmes faibles a permis d'observer que l'atteinte semble plus sévère (plus de diagnostics) chez les jeunes anxieux qui ont autant un attachement insécurisant détaché qu'une FR-G faible; observation qui pourrait mener à considérer ces deux derniers facteurs comme aggravant la pathologie anxieuse. Ainsi, les résultats démontrent un plus grand nombre de diagnostics au K-SADS-PL chez les jeunes ayant un faible score de FR-G, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus par Bouchard et al. (2008) signalant des associations entre des faibles scores de FR à l'AAI et la présence de plus de diagnostics psychiatriques, autant de l'axe I que de l'axe II du DSM-III-R chez une population adulte.

L'étiologie pourrait être plutôt influencée par la présence de déficits précis versus plus généraux de FR (Rudden et al., 2006; Rudden et al., 2009) ou par d'autres facteurs,

tels que la présence d'événements de vie stressants, le tempérament ou la génétique du jeune ainsi que les styles parentaux contrôlant ou surprotecteur (Broeren et al., 2013; Broeren et al., 2014; Gere et al., 2012; Klein, 2009; Manassis et al., 2004; Nanda, 2016).

Finalement, les résultats de la présente étude mettent de l'avant le fait que l'attachement de type insécurisant autant envers la mère qu'envers le père prédit une FR-G plus faible, ce qui est cohérent autant avec les modèles théoriques expliquant que la CM se développe de manière optimale au sein d'une relation d'attachement sécurisante (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2007) qu'avec les études empiriques suggérant un lien entre ces variables (Bizzi et al., 2018; Breinsholst et al., 2018; Ensink, Normandin et al., 2016; Fonagy et al., 1991).

En conclusion, le présent mémoire permet de faire avancer les connaissances portant sur les associations entre l'attachement et la FR-G. De plus, malgré l'absence des associations retrouvées entre l'anxiété et la FR-G au sein du présent échantillon, la présente étude souligne néanmoins la pertinence de poursuivre l'étude entre ces variables. Les pistes de recherche sont nombreuses étant donné que la FR est un concept relativement récent, toujours en développement. Par exemple, quelques avenues de recherche possibles incluent l'étude de l'anxiété sous l'angle des différentes dimensions de la mentalisation (p. ex., la dimension cognitive versus affective), de la mentalisation des états mentaux spécifiques ou de la mentalisation spécifique aux symptômes anxieux.

Références

- Achim, J., & Terradas, M M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24(2), 78-92.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., éd. rév.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ballespí, S., Vives, J. V., Sharp, C., Tobar, A., & Barrantes-Vidal, N. (2019). Hypermentalizing in Social Anxiety: Evidence for a context-dependent relationship. *Frontiers in Psychology*, 10 (Article 1501). doi:10.3389/fpsyg.2019.01501
- Banerjee, R. (2008). Social cognition and anxiety in children. Dans C. Sharp, P. Fonagy & I. Goodyer (Éds), *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 239-269). New York, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198569183.003.0009
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L., B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.

- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. doi:10.1002/imhj.21499
- Bérubé-Beaulieu, É., Ensink, K., & Normandin, L. (2016). Fonctionnement réflexif de la mère et attachement de l'enfant : une étude prospective des liens avec la sensibilité et l'orientation mentale maternelle. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 7-28. doi:10.7202/1040158ar
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174-1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 618-626.
- Bizzi, F., Ensink, K., Borelli, J. L., Mora, S. C., & Cavanna, D. (2018). Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 705-717. doi:10.1007/s00787-018-1238-5
- Blairy, S. (2017). La modification du biais attentionnel dans les troubles anxieux et la dépression : une revue synthétique de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques*, 175(6), 522-527. doi:10.1016/j.amp.2015.11.010
- Borelli, J.L., Ensink, K., Hong, K., Sereno, A.T., Drury, R.H., & Fonagy, P. (2018). School-Aged Children With Higher Reflective Functioning Exhibit Lower Cardiovascular Reactivity. *Front Med*. doi:10.3389/fmed.2018.00196
- Borelli, J. L., David, D. H., Crowley, M. J., & Mayes, L. C. (2010). Links between disorganized attachment classification and clinical symptoms in school-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 243-256.

- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66. doi:10.1037/0736-9735.25.1.47
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969).
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Londres: Routledge.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., & Steele, H. (2018). Attachment and reflective functioning in anxious and non-anxious children: A case-controlled study. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2622-2631. doi:10.1007/s10826-018-1106-4
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2016). The internal working model construct in light of contemporary neuroimaging research. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 63-88). New York, NY: The Guilford Press.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 81-95. doi:10.1007/s10802-012-9669-9
- Broeren, S., Newall, C., Dodd, H. F., Locker, R., & Hudson, J. L. (2014). Longitudinal investigation of the role of temperament and stressful life events in childhood anxiety. *Development and Psychopathology*, 26(2), 437-449. doi:10.1017/S0954579413000989
- Busch, F. N., & Sandberg, L. S. (2014). Unmentalized aspects of panic and anxiety disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(2), 175-196. doi:10.1521/pdps.2014.42.2.175
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284

- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method* (vol. 1, 2^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. G., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 630-645.
- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., ... Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 791-799. doi:10.1111/jcpp.12062
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of Anxiety Disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2^e éd., pp. 56-89). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measures of individual differences in adolescent and adult attachment. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 599-634). New York, NY: Guilford Press.
- Debbané, M. (2016). *Mentaliser : de la théorie à la pratique clinique*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Dumas, J. E. (2012). *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage* (3e édition). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., ... Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 623-636. doi:10.1007/s10803-006-0107-0
- Ensink, K. (2004). *Assessing theory of mind, affect understanding and reflective functioning in primary school-aged children* (Thèse de doctorat inédite). University College London, Londres, Royaume-Uni.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalising difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1) (Article 30611). doi:10.3402/ejpt.v7.30611

- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(1), 9-18. doi:10.1037/cbs0000030
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217. doi:10.1111/bjdp.12074
- Ensink, K., Target, M., Oandasan, C., & Duval, J. (2015). *Child and adolescent reflective functioning scale (CARFS) scoring manual for application with the Child Attachment Interview (CAI)*. Document inédit, Anna Freud Center, Université College London, Royaume-Uni.
- Esbjörn, B., Bender, P., Reinholdt-Dunne, M., Munck, L., & Ollendick, T. (2012). The development of Anxiety Disorders: Considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 15(2), 129-143.
- Esbjörn, B. H., Pedersen, S. H., Daniel, S. I. F., Hald, H. H., Holm, J. M., & Steele, H. (2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: Examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 394-407. doi :10.1111/bjc.12024
- Finsaas, M. C., Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2018). Preschool psychiatric disorders: Homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence. *Psychological Medicine*, 48(13), 1-10. doi:10.1017/S0033291717003646
- Folk, J. B., Zeman, J. L., Poon, J. A., & Dallaire, D. H. (2014). A longitudinal examination of emotion regulation: Pathways to anxiety and depressive symptoms in urban minority youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(4), 243-250. doi:10.1111/camh.1205
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Éds), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-34). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. doi:10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Child Psychology & Psychiatry and Allied Disciplines*, 35(2), 231-257. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., & Holder, J. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers*, 14, 31-40.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700. doi: 10.1017/S0954579497001399
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-873.
- Fonagy P., & Target M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937. doi:10.1516/4774-6173-241T-7225

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. New York, NY: The Guilford Press.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview protocol*. Manuscrit inédit, University of California, Berkeley.
- Gere, M. K., Villabø, M. A., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2012). Overprotective parenting and child anxiety: The role of co-occurring child behavior problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(6), 642-649. doi:10.1016/j.janxdis.2012.04.003
- Hart, S. (2011). *The impact of attachment*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Hesse, E. (2016). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies: 1985-2015. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 553-598). New York, NY: The Guilford Press.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school- age children - present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Keefe, J. R., Huque, Z. M., DeRubeis, R. J., Barber, J. P., Milrod, B. L., & Chambless, D. L. (2019). In-session emotional expression predicts symptomatic and panic-specific reflective functioning improvements in panic-focused psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy, (supp.)*. doi:10.1037/pst0000215.supp
- Kerns, K., & Brumariu, L. (2016). Attachment in middle childhood. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (3^e éd., pp. 314-329). New York, NY: The Guilford Press.
- Kertz, S. J., & Woodruff-Borden, J. (2011). The developmental psychopathology of worry. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 174-197.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikanga, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

- Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Vo, T., Galbraith, T., & Heimberg, R. G. (2016). Anxious and aggressive: The co-occurrence of Ied with Anxiety Disorders. *Depression and Anxiety*, 33(2), 101-111. doi: 10.1002/da.22428
- Klein, R. G. (2009). Anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 153-162.
- Kobak, R., Zajac, K., & Madsen, S. (2016). Attachment disruptions, reparative processes, and psychopathology: Theoretical and clinical implications. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 25-39). New York, NY: The Guilford Press.
- Kopp, C. (2008). Self-regulatory processes. Dans M. Haith & J. Benson (Éds), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (pp. 102-117). Oxford, Anglaterre : Elsevier Academic Press
- Kriss, A., Steele, H., & Steele, M. (2012). Measuring attachment and reflective functioning in early adolescence: An introduction to the friends and family interview. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 87-95.
- Lagos, C. M. (2007). The theory of thinking and the capacity to mentalize: A comparison of Fonagy's and Bion's models. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 189-198.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-65). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history. Dans Steele, H. & Steele, M. (Éds), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31-68). New York, NY: The Guildford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104. doi:10.1111/1540-5834.ep11889989

- Manassis, K., Hudson, J. L., Webb, A., & Albano, A. M. (2004). Beyond behavioral inhibition: Etiological factors in childhood anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 3-12. doi:10.1016/S1077-7229(04)80003-8
- Mathews, B., Koehn, A., Abtahi, M., & Kerns, K. (2016). Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19*(2), 162-184. doi:10.1007/s10567-016-0204-3
- Meins, E. (1997). Security of attachment and the social development of cognition. Hove, Angleterre: Psychology Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalizing abilities: A longitudinal study. *Social Development, 7*(1), 1-24. doi:10.1111/1467-9507.00047
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, A., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*(2), 77-102. doi:10.1023/A:1024515519160
- Nanda, M. M. (2016). Parental psychological control and emotion dysregulation among anxious children: A transactional model. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering, 76*(11-B).
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 5*(55), 1-21.
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal world: The capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal, 23*, 593-605.
- Ostler, T., Bahar, O. S., & Jessee, A. (2010). Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: Relations to children's mental health and behavioral outcomes. *Attachment and Human Development, 12*(3), 193-207. doi:10.1080/14616731003759666

- Paradis, D. (2016). Représentations d'attachement mère-enfant et troubles anxieux pendant l'enfance : une étude de cas multiples. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke. Canada
- Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. (2001). Adolescent fears as predictors of depression. *Biological Psychiatry*, 50(9), 721-724. doi:10.1016/S0006-3223(01)01238-0
- Privizzini, A. (2017). The child attachment interview: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 8 (Article 384).
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M., & Lecrubier, Y. (2004). Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale*, 30, 122-134.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children: second edition (BASC-II)*. Circle Pines, MN: AGS Publishing.
- Rudden, M. G., Milrod, B., Meehan, K. B., & Falkenstrom, F. (2009). Symptom-specific reflective functioning: Incorporating psychoanalytic measures into clinical trials. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(6), 1473-1478. doi:10.1177/00030651090570060804
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in Panic Disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1339-1343.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 101-121). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc. doi:10.1002/9780470712986.ch4
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x
- Sharp, C., & Venta, A. (2012). Mentalizing problems in children and adolescents. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Éds), *Minding the child. Mentalization-based*

interventions with children, young people and their families (pp. 35-53). Hove, Londres: Routledge.

Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Datta, A., & Fonagy, P. (2004). *Child Attachment Interview (CAI) coding and scoring manual* (5^e version). Manuscrit inédit, University College London, Londres, Royaume-Uni.

Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939-956. doi:10.1037/0012-1649.44.4.939

Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. (1999). Maternal representations of their relationship with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35, 611-619.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269-281.

Statistique Canada (2019). Tableau 11-10-0017-01 Familles de recensement selon le type de famille et la composition de la famille incluant le revenu médian avant et après impôt de la famille (Toutes les familles du recensement) doi :10.25318/1110001701-fra

Steele, H., & Steele, M. (2005). The construct of coherence as an indicator of attachment security in middle childhood: The friends and family interview. Dans K. A. Kerns, & R. A. Richardson (Éds), *Attachment in middle childhood* (pp. 137-160). New York, NY: Guilford Press.

Suveg, C., Hoffman, B., Zeman, J. L., & Thomassin, K. (2009). Common and specific emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(2), 223-239. doi:10.1007/s10578-008-0121-x

Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759. doi:10.1207/s15374424jccp3304_10

Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(3), 459-479.

Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186.

- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1999). *The Child Attachment Interview (CAI) Protocol*. Manuscript inédit, University College London, Londres, Royaume-Uni.
- Waters, E., & Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41– 65. doi :10 .2307/3333826
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Londres: Tavistock Publications.
- Zeegers, M. J., Colonnese, C., Stams, G. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245-1272. doi:10.1037/bul0000114
- Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 393-398. doi:10.1207/153744202760082658

Appendice A

Behavior Assessment Scale for Children, deuxième édition (BASC-II)

Questionnaires non-inclus pour respect de droits d’auteur.

BASC-II (Reynolds, & Kamphaus, 2004)

Versions employées :

Version auto-rapportée par l’enfant – 6 à 11 ans

Version auto-rapportée par l’adolescent – 12 à 17 ans

Version rapportée par le parent – 6 à 11 ans

Version rapportée par le parent – 12 à 17 ans

Appendice B

Questionnaire d'informations sociodémographiques et générales

Questionnaire d'informations sociodémographiques et générales

1. Sexe de l'enfant/adolescent participant: _____
2. Date de naissance de l'enfant: _____ / _____ / _____ (jour/mois/année)
3. Pays de naissance de l'enfant : _____
4. Religion : _____
5. Si une religion est mentionnée, l'enfant/adolescent
la pratique-t-il sur une base régulière ? _____
6. Votre date de naissance: _____ / _____ / _____ (jour/mois/année)
7. Votre pays de naissance : _____
8. Si le pays de naissance n'est pas le Canada, en quelle année vous vous êtes installé(e) au
Canada? _____
9. Religion : _____
10. Si une religion est mentionnée,
la pratiquez-vous sur un base régulière? _____
11. Pays de naissance de l'autre parent : _____
12. Si le pays de naissance n'est pas le Canada, en quelle année s'est-il(elle) installé(e) au
Canada? _____
13. Religion de l'autre parent : _____
14. Si une religion est mentionnée,
le père la pratique-t-il sur un base régulière? _____

15. Quelle est votre situation avec l'autre parent de l'enfant/adolescent? (cochez la bonne réponse)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| a. Nous sommes mariés | e. Je suis veuf(ve) |
| b. Nous sommes conjoints de fait | f. Autre |
| c. Nous sommes divorcés | Si autre, précisez : _____ |
| d. Nous sommes séparés | |

16. Quelle est la situation de vie de l'enfant/adolescent participant? (cochez la réponse qui s'applique le mieux)

- a. Vit avec ses deux parents biologiques
- b. Vit avec un parent biologique (garde exclusive)
- c. Vit en garde partagée
- d. Vit en famille recomposée
- e. Vit avec des parents adoptifs
- f. Autre

Si autre, précisez :

17. Combien votre enfant/adolescent participant a-t-il...

- a. ...de frères et de sœurs (partageant les mêmes parents biologiques)? _____
- b.... de demi-frères et demi-sœurs (partageant un seul parent biologique)? _____
- c. ...de frère et de sœurs de famille recomposée
(ne partageant aucun parent biologique)?

18. Principale langue parlée à la maison: _____

19. Seconde langue parlée à la maison (si applicable): _____

20. Quelle est votre occupation ou emploi?

21. Quelle est l'occupation de l'autre parent de l'enfant?

22. Quel est le plus haut niveau de scolarité atteint par vous et l'autre parent de l'enfant/adolescent participant?

Mère

Père

- a. Primaire non complété
- b. Primaire complété
- c. Secondaire général non complété
- d. Secondaire général complété
- OU diplôme d'études professionnelles (D.E.P.)
- e. Études collégiales générales non complétées
- f. Études collégiales générales complétées
- OU diplômes d'études collégiales (D.E.C.)
- g. Baccalauréat non complété
- h. Baccalauréat complété
- i. Deuxième cycle universitaire non complété
- j. Deuxième cycle universitaire complété
- k. Troisième cycle universitaire non complété
- l. Troisième cycle universitaire complété

23. Dans quelle tranche de revenu se situe votre revenu familial brut (avant impôts)?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a. Moins de 20 000\$ | e. 80 001\$ - 100 000\$ |
| b. 20 001\$ - 40 000\$ | f. 100 001\$ - 120 000\$ |
| c. 40 001\$ - 60 000\$ | g. Plus de 120 000\$ |
| d. 60 001\$ - 80 000\$ | |

24. Niveau scolaire de l'enfant : _____

25. Y a-t-il eu redoublement? _____

26. Comment décririez-vous votre enfant/adolescent participant, en 3 mots?

1. _____

2. _____

3. _____

27. Comment décririez-vous la relation avec votre enfant/adolescent participant, en 3 mots?

1. _____

2. _____

3. _____

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire !

Appendice C
Définitions des échelles continues au CAI

Ouverture émotionnelle : Le degré auquel des émotions sont nommées par l'enfant, ainsi que leur complexité (p. ex., émotions mixtes) et leur pertinence par rapport au contexte relationnel dans lequel elles s'inscrivent.

Équilibre des références positives et négatives aux FA : Le degré d'équilibre entre les références positives et négatives aux FA, prenant en considération que les enfants ont une tendance naturelle à employer des termes positifs pour parler de leurs FA.

Utilisation d'exemples : Le degré auquel l'utilisation d'exemples est fréquente, appropriée aux adjectifs relationnels qu'ils cherchent à justifier, et apportée sans questionnes excessives de la part de l'intervieweur.

Idéalisation envers la mère ou le père : Le degré auquel la description positive des FA est justifiée adéquatement par des exemples, et ce, sans manque de rappel défensif ou stratégies d'évitement du contact aux souvenirs et expériences négatives (p. ex., normalisation, minimisation).

Colère préoccupée envers la mère ou le père : Le degré auquel l'enfant ressent de la colère envers ses FA et celle-ci est ressentie à nouveau dans l'entrevue et est envahissante dans son discours.

Détachement-dénigrement envers la mère ou le père : Le degré auquel la valeur de la relation avec les FA et le réconfort qu'elles peuvent apporter sont déniés ou diminués. Il s'agit ici de dénigrement et de dévalorisation du lien d'attachement et des relations en général.

Résolution de conflits : Le degré auquel les conflits interpersonnels sont décrits et semblent s'être résolus positivement.

Cohérence globale : Prend en considération l'ensemble des échelles continues et fait référence aux aspects tels que la présence de contradictions et inconsistances dans le discours, sa compréhensibilité et fluidité générale et l'utilisation d'exemples pour soutenir les propos.

Appendice D

Caractéristiques générales du discours selon chaque catégorie d'attachement au CAI

Caractéristiques générales du discours selon chaque catégorie d'attachement au CAI (Paradis, 2016)

Attachement sécurisant	<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation de l'attachement et des relations avec les FA • À l'aise d'explorer le passé relationnel et les affects • Impression d'une personnalité « vivante », caractère « frais » et personnel du discours • Pardon explicite ou implicite par rapport aux manquements des parents • Propos nuancé et équilibré • À l'aise envers ses propres imperfections ou défauts • Humour • Pensée autonome et personnelle • Flexibilité • Collaboration dans le cadre de l'entrevue • Position réflexive
Attachement insécurisant-détaché	<ul style="list-style-type: none"> • Réponses abstraites, générales, comportant peu de souvenirs précis et d'émotions, donnant l'impression d'une entrevue « plate » ou superficielle • Soi décrit comme fort, indépendant • Peu de mention ou d'élaboration autour des blessures, de la détresse ou du besoin des autres • Identification aux aspects négatifs des FA • Minimiser ou normaliser les expériences négatives • Accent sur le plaisir, les activités ou les objets matériels, qui sont vus comme des indices d'amour ou d'expériences relationnelles positives • Justifie le choix d'un adjectif positif pour décrire la relation avec la FA par le recours à un autre adjectif positif
Attachement insécurisant-préoccupé	<ul style="list-style-type: none"> • Soi/sentiment d'identité étroitement lié aux expériences passées ou présentes avec les FA • Impression que l'individu ne discute pas ouvertement, car pour lui le sujet est familier/propos remâchés • Blâme excessif de soi ou d'autrui • Réponses très longues, mais l'individu demeure indécis • Oscillations évaluatives dans un même passage (illustre l'ambivalence) • Confusion temporelle (passé/présent), p. ex., le passé se rejoue dans le présent • Confusion de pronoms (soi/non-soi)

-
- Sentiment que la personne, malgré ses efforts, a l'impression de ne pas avoir plu aux FA
 - Mots de substitutions (p. ex., blablabla, etc.)
 - Position traduisant l'impression de connaître les pensées d'autrui (transparence vs opacité des états d'esprit)
 - Changement radical d'opinion à propos d'une FA, en cours d'entrevue (passant de l'idéalisation à la colère)
-